

## RÉSIDENCE ALINE MAYRISCH

Formulaire de demande d'admission



Merci d'imprimer le formulaire, de le compléter puis de le retourner par email à

**[logementsvianden.croix-rouge@help.lu](mailto:logementsvianden.croix-rouge@help.lu)**

*Veuillez noter que toutes les données de ce formulaire seront traitées de manière strictement confidentielle.*

**Type de demande**

Préventive

Urgente

Lit de vacances (Esch/Sûre ou Vianden)

**Données administratives concernant le demandeur**

Nom et nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Matricule : \_\_\_\_\_

**Tutelle / curatelle / sauvegarde de justice**

Tutelle

Curatelle

Sauvegarde de justice

Nom du tuteur / curateur / mandataire spécial : \_\_\_\_\_

Adresse du tuteur / curateur / mandataire spécial : \_\_\_\_\_

N° tél. du tuteur/curateur/mandataire spécial : \_\_\_\_\_

**Domicile**

N° et rue : \_\_\_\_\_

Code postal : L- \_\_\_\_\_

Ville / Localité : \_\_\_\_\_

N° tél. : \_\_\_\_\_

**Lieu de séjour actuel**

Domicile

Rééducation gériatrique, si oui, laquelle  
Depuis le \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Centre de convalescence, si oui, lequel  
Depuis le \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Hôpital  
si oui, lequel  
Depuis le \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Personne(s) de référence A**

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

N° tél. : Privé : \_\_\_\_\_

GSM : \_\_\_\_\_

Email : Lien avec le demandeur : \_\_\_\_\_

**Personne(s) de référence B**

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

N° tél. : Privé : \_\_\_\_\_

GSM : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Lien avec le demandeur : \_\_\_\_\_

**Assurance-dépendance**

Demande assurance dépendance introduite :  Oui  Non

Décision : Forfait AEV \_\_\_\_\_

Demande de réévaluation :  Oui  
 Non

Motif de la demande d'admission :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Médecin traitant**

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

N° tél. : \_\_\_\_\_

**Antécédents médicaux et chirurgicaux**

**Bilan autonomie**

***Nutrition,  
hydratation***

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Autonome       | <input type="checkbox"/> Stimulation / présence                        |
| <input type="checkbox"/> Aide minimale  | <input type="checkbox"/> Alimentation entérale (PEG ; Sonde gastrique) |
| <input type="checkbox"/> Aide partielle |  |
| <input type="checkbox"/> Aide complète  |  |

***Mobilité***

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Autonome       | <input type="checkbox"/> Aide complète          |
| <input type="checkbox"/> Aide minimale  | <input type="checkbox"/> Stimulation / présence |
| <input type="checkbox"/> Aide partielle |   |

***Aides techniques***

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Déambulateur    | <input type="checkbox"/> Canne         |
| <input type="checkbox"/> Chaise roulante | <input type="checkbox"/> Lève-personne |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) _____  |  |

**Hygiène corporelle**

- Autonome
- Aide minimale
- Aide partielle
- Aide complète
- Stimulation / présence

**Elimination**

- Autonome
- Aide minimale
- Aide partielle
- Aide complète
- Stimulation / présence
- Incontinence**  Oui  Non
- Urinaire
- Fécale
- Cystofix ou sonde vésicale

**Habillage / déshabillage**

- Aide partielle
- Aide minimale
- Aide complète
- Stimulation / présence

**Données relatives à la dépendance psychique**

- Mémoire**  Bonne  Moyenne
- Mauvaise Comportement**  Equilibré  Agité
- Agressif
- Troubles psychiques : \_\_\_\_\_

**Confusion / désorientation :**  oui  non  par moment

**Démence :**  oui  non

**Inversion rythme jour-nuit :**  oui  non

**Déambulation :**  diurne  nocturne

**Risque de fugue :**  oui  non

**Score mini mental state (MMS/Fostein) :** \_\_\_/30 **Date :** / /

**Recours par le demandeur à d'autres aides et soins et services**

**Réseau d'aide à domicile**  oui  non

**Lequel** \_\_\_\_\_

**Fréquentation d'un centre de jour**  oui

non

**Lequel** \_\_\_\_\_

Je déclare avoir pris connaissance du contenu du formulaire et marque mon accord pour que les données dans le présent document ainsi que toutes les pièces annexées puissent être transmises aux personnes en charge du traitement de ma demande d'admission.

Je consens expressément et explicitement à ce que les données de santé renseignées puissent être traitées par les personnes en charge du traitement de ma demande d'admission. Ce consentement peut être retiré à tout moment. Pour en savoir plus sur le traitement des données, veuillez consulter la notice d'information jointe au présent formulaire.

Personne ayant rempli la demande : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du signataire : \_\_\_\_\_

## Annexe 1 - Liste des copies à joindre en annexe

PIECES A JOINDRE A LA DEMANDE	ADMINISTRATIONS DELIVRANT CES PIECES
<b>IDENTITE</b>	
Copie-recto-verso de la carte d'identité ou du passeport en cours de validité	
Attestation de non-propriété	<b>Service des Evaluations immobilières</b> certificat.propriete@co.etat.lu
<b>REVENUS</b>	
Copie des certificats de vos revenus nets des 3 derniers mois, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>• salaire, pension, chômage</li> <li>• revenu d'inclusion sociale (REVIS, RPGH, AVC)</li> <li>• travail d'utilité collective (TUC)</li> </ul>	<b>Fiches de salaire établies par l'employeur</b>  <b>Caisse Nationale d'Assurance Pension luxembourgeoise et/ou étrangère</b> 1A, Boulevard Prince Henri L-1724 Luxembourg N° tél. : 22 41 41 1  <b>ADEM</b> 13A, rue de Bitbourg L-1273 Luxembourg N° tél. : 24 78 88 88  <b>Fonds National de Solidarité (FNS)</b> 8-10, rue de la Fonderie L-1531 Luxembourg N° tél. : 49 10 81 1  <b>Office National d'Inclusion Sociale (ONIS)</b> 13C, rue de Bitbourg L-1273 Luxembourg N° tél. : 24 78 36 36
Copie des certificats de tout autre revenu des 12 derniers mois, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>• assurance-accident- prestations familiales- indemnités pécuniaires/maladie</li> </ul>	<b>Association d'Assurance Accidents (AAA)</b> 125, route d'Esch L-1471 Luxembourg N° tél. : 26 19 15 1  <b>Caisse Nationale de Santé (CNS)</b> 125, route d'Esch L-1471 Luxembourg N° tél. : 27 57 1  <b>Caisse pour l'Avenir des Enfants (CAE) 6,</b> Boulevard Royal L-2449 Luxembourg N° tél. : 47 71 53 1
Copie du/des certificat(s) de pension : <ul style="list-style-type: none"> <li>• pension alimentaire</li> <li>• pension d'orphelin</li> <li>• autre</li> </ul>	Attestation renseignant sur le montant perçu ou versé Caisse Nationale d'Assurance Pension 1A, Boulevard Prince Henri L-1724 Luxembourg N° tél. : 22 41 41 1
<b>MEDICAL</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificat médical ou R20</li> <li>• Accusé de réception de la demande assurance dépendance</li> <li>• Synthèse de l'assurance dépendance</li> </ul>	

## **ANNEXE 2 - NOTICE D'INFORMATION À L'ATTENTION DES CLIENTS RELATIVE AU TRAITEMENT DE LEURS DONNÉES PERSONNELLES DANS LE CADRE DE LEUR ADMISSION AU LOGEMENT ENCADRE DE VIANDEN « RESIDENCE ALINE MAYRISCH »**

L'association sans but lucratif Doheem versuergt a.s.b.l., située au 11, Place François-Joseph Dargent, L-1413 Luxembourg, attache une grande importance au respect de votre vie privée et à la protection de vos données personnelles.

Ce document est destiné à vous informer de l'usage que le logement encadré de Vianden « Résidence Aline Mayrisch » fait en tant que responsable du traitement des données personnelles.

### **POURQUOI TRAITONS-NOUS VOS DONNEES ET QUELS TYPES DE DONNEES SOMMES-NOUS SUSCEPTIBLES DE COLLECTER ?**

Conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD), le logement encadré de Vianden ne collecte que les données nécessaires à l'exécution des objectifs mentionnés ci-dessous. Dans le cadre de votre demande d'admission, nous traitons les données suivantes :

- vos données d'identification (nom, prénom, numéro de matricule, adresse, numéro de téléphone, statut de l'assurance dépendance et le cas échéant, le contenu de la décision)
- les données d'identification des personnes de référence ainsi que le médecin traitant (nom, prénom, numéro de téléphone)
- vos données de santé (antécédents médicaux et chirurgicaux, bilan d'autonomie, les données relatives à la dépendance psychique, certificat médical R20).

Lors de votre hébergement au sein de notre logement encadré, nous traitons vos données personnelles dans le cadre de l'admission, la gestion et l'administration des clients, lors de l'établissement des factures, lors de la coopération avec d'autres professionnels de santé impliqués dans votre prise en charge et lors de la réalisation des audits de qualité.

Dans ce cas, nous collectons en outre :

- vos données relatives à votre vie personnelle (détails et caractéristiques personnels, vos habitudes de vie, votre régime alimentaire) dans le cadre où elles sont utiles pour votre prise en charge,
- une copie de votre carte d'identité ou de votre passeport,
- les mesures judiciaires vous concernant en cas de tutelle et curatelle par exemple.

Ces données sont collectées directement auprès de vous, des membres de votre famille, des proches ou, le cas échéant, auprès des professionnels de santé ou des assistants sociaux, tuteurs et curateurs.

Ces traitements sont faits dans le cadre de l'exécution du contrat d'hébergement et sur base de votre consentement explicite et éclairé.

### **COMBIEN DE TEMPS CONSERVONS-NOUS VOS DONNÉES ?**

Nous conservons vos données pendant la durée nécessaire pour les finalités énumérées ci-dessus. Dans l'intérêt de la gestion et administration des clients, vos données sont conservées pendant un délai de 10 ans à partir de la clôture du dossier. Les données collectées lors de votre inscription sur la liste d'attente sont mises à jour tous les 6 mois et supprimées si besoin.

### **A QUI COMMUNIQUONS-NOUS VOS DONNEES ?**

Le logement encadré de Vianden traite vos données en toute confidentialité et ne les partage avec des tiers que lorsque cela est nécessaire.

Certaines personnes ou entités, en raison de leur mission ou intervention en lien avec votre santé peuvent être destinataires de vos données, telles que :

- les professionnels de santé ou autres prestataires de soins externes impliqués dans votre prise en charge ;
- d'autres services de santé en cas de transfert vers une autre institution ;
- en cas de litige, aux autorités compétentes selon les exigences légales.

Nous ne transmettons vos données qu'à des organismes situés sur le continent européen, ces organismes étant, eux aussi, obligés de répondre aux exigences du RGPD.

## QUELS SONT VOS DROITS ?

Conformément à la loi, vous bénéficiez des droits suivants:

- **le droit à l'information.** Nous espérons que ce document aura répondu à vos questions.
- **le droit d'accéder à vos données.** Vous pouvez accéder à vos données en contactant la chargée de direction.
- **le droit de rectifier vos données** lorsque celles-ci sont erronées ou obsolètes.
- **le droit d'introduire une réclamation** auprès de la Commission nationale pour la protection des données (CNPD) si vous estimez que le traitement de vos données n'est pas conforme à la loi.

Dans certains cas et selon les conditions fixées par la loi, vous bénéficiez également des droits suivants:

- **le droit de demander l'effacement** de vos données après la fin de la durée de conservation.
- **le droit de demander la limitation** du traitement de vos données.
- **le droit de vous opposer au traitement** de vos données.
- **le droit à la portabilité** des données que vous nous avez fournies, dans la mesure où cela est techniquement possible

Pour toute question ou pour l'exercice de vos droits, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données par courriel au : [gdpr-infos@help.lu](mailto:gdpr-infos@help.lu) ou par courrier :

Doheem Versuergt a.s.b.l.

Protection des données

11, Place François-Joseph Dargent,

L-1413 Luxembourg

Afin de nous conformer au mieux à la réglementation en vigueur, nous nous engageons à mettre à jour la présente notice d'information à chaque fois que nécessaire.