

## INFORMATION POUR UNE INSCRIPTION PRIORITAIRE

Madame, Monsieur,

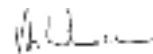
Nous vous remercions de l'attention que vous portez à la Résidence St-Pierre. Vous avez manifesté un intérêt pour une admission urgente, c'est-à-dire, qu'un placement est à prévoir dans les 7 à 30 jours.

Vous trouverez, ci-joint, le formulaire d'inscription à remplir. A sa réception, votre nom sera porté sur notre liste d'attente prioritaire.

En fonction de nos critères d'admission, nous prendrons contact avec vous, dès qu'une place sera disponible.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement supplémentaire et vous adressons, Madame, Monsieur, nos meilleures salutations.

**Fondation La Résidence  
EMS ST-PIERRE**



Directrice  
Annette Weidmann

Annexes : - formulaire d'inscription prioritaire  
- liste de prix

## LISTE DE PRIX EMS ST-PIERRE

### Prix journalier

De CHF 130.- / jour / personne : 1 pièce / WC / douche

De CHF 140.- / jour / personne : 2 pièces / WC / douche

### Caution :

Lors de l'entrée du résident, une caution de CHF 5000.- est demandée.

### Prix pour les soins

Selon le système BESA de classification BESA (12 degrés), les soins sont directement facturés à la caisse maladie.

Le résident paie les 10 % usuels sur la base d'un décompte (maximum de la quote-part, soit CHF 700.-/an).

La participation aux coûts des soins de longue durée est déterminée en fonction de la fortune du résident.

# Demande d'adhésion prioritaire

*Placement souhaité dans les 7 à 30 jours*

Nom : ----- Prénom : -----

Nom et prénom : ----- Nom et prénom : -----  
du père de jeune fille de  
----- la mère -----

Date de naissance : ----- Lieu de naissance : -----

Lieu d'origine : ----- Profession : -----

Lieu de dépôt de l'acte d'origine : -----

Etat civil:    célibat.    marié(e)    veuf(ve)    divorcé(e)    séparé(e)  
                                                                 

Veuf(ve) de : ----- depuis : -----

Confession : ----- N° AVS : -----

Rue : ----- N° de téléphone : -----

No postal : ----- Lieu : -----

## Situation actuelle (au moment de la demande)

<input type="checkbox"/> lit d'attente	<input type="checkbox"/> domicile avec soins :
<input type="checkbox"/> autre EMS	◇ CMS
<input type="checkbox"/> hospitalisé	◇ Spitex
◇ lieu : _____	◇ Privé
◇ depuis quand : _____	◇ Autres : _____
	Personne de contact Nom et prénom : _____ N° de téléphone : _____

## Parenté et personnes de contact

### Parenté

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

### Parenté

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

### Personne de contact

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse de facturation : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Est-vous bénéficiaire de rente AVS ?  oui  non

Si oui, de quelle caisse de compensation ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

	oui	non
Recevez-vous des prestations complémentaires AVS ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recevez-vous une allocation pour impotent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si oui, joindre copie de la décision en annexe**

Médecin traitant : \_\_\_\_\_  
Nom, adresse et n° de téléphone : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assurance maladie : \_\_\_\_\_  
Nom, adresse et n° de téléphone : \_\_\_\_\_  
N° d'assuré : \_\_\_\_\_

Pharmacie : \_\_\_\_\_  
Nom, adresse et n° de téléphone : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Désirez-vous un raccordement téléphonique dans la chambre?  Oui  Non

Désirez-vous un raccordement télévision dans la chambre?

Le/la soussigné(e) confirme l'exactitude des données mentionnées ci-dessus et autorise la direction de l'EMS à demander, si nécessaire, des renseignements auprès du médecin traitant.

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

### **Annexes à fournir lors de l'inscription prioritaire :**

- Procuration demande d'impotence complétée et signée (remise en annexe)
- Copie carte de la caisse maladie
- Copie carte d'identité
- Copie livret de famille
- Formulaire de la détermination de la participation des assurés aux coûts des soins (remis en annexe)

#### **Si vous recevez une allocation pour impotent :**

- Copie de la demande et de la décision

#### **En cas de nomination, tutelle ou curatelle :**

- Avis de nomination, procuration

## Autonomie pour les activités de la vie quotidienne

<u>Etes-vous autonome pour :</u>		
Marcher :	oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> avec aide
	canne <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> chaise roulante marchette
	rollator <input type="checkbox"/>	
Faire votre toilette :	oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> avec aide
Vous habiller et vous déshabiller :	oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> avec aide
Aller aux WC :	oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> avec aide
Vous lever, vous asseoir, vous coucher :	oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> avec aide
Manger :	oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> avec aide
Veiller à votre sécurité	oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> avec aide

Lieu et date : .....

Rempli par : .....

Signature : .....

Si la situation se dégrade entre la demande d'admission et l'entrée effective, le degré d'autonomie devra être réévaluée.

N'hésitez pas à nous contacter pour tout renseignement supplémentaire.

# Procuration

---

Le/la soussigné(e) autorise

- L'EMS St-Pierre, établissement médico-social pour personnes âgées, rue de Gravelone 4-6, 1950 Sion, à effectuer les démarches nécessaires auprès de la Caisse de compensation du canton du Valais en vue d'obtenir l'allocation pour impotent de l'AVS ou de l'AI.
- La Caisse de compensation AVS compétente ou l'Office AI du canton du Valais à communiquer à l'EMS St-Pierre une copie des décisions de rente d'invalidité, d'allocation pour impotent, ainsi que des prestations complémentaires qui seraient établies en faveur de :

Mme/M. : .....

Date de naissance : .....

N° AVS : .....

Lieu et date

.....

Signature de l'assuré(e)

.....

Nom du représentant

.....

Signature du représentant

.....





## Loi sur les soins de longue durée et ordonnance sur la planification et le financement des soins de longue durée

### Ce qui change pour les résidents dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015 : participation aux coûts des soins

La loi cantonale sur les soins de longue durée est le premier texte qui réglemente l'offre de prise en charge des personnes âgées qui ont besoin d'assistance et de soins. Elle a un double objectif :

- permettre à chaque personne âgée de bénéficier en tout temps des soins et de l'encadrement dont elle a besoin, et ce quel que soit le lieu où elle habite ;
- assurer le financement de prestations de proximité et de qualité pour les personnes âgées du canton du Valais.

En 12 ans, le financement des EMS a triplé. Ce coût ne peut plus être supporté uniquement par les pouvoirs publics et les assurances sociales. **C'est pourquoi, comme le prévoit la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), la loi valaisanne sur les soins de longue durée fixe une participation des assurés aux coûts des soins en EMS.** Il est à relever que tous les cantons suisses prévoient le même système et demandent une participation des assurés aux coûts des soins dans les EMS.

La participation des résidents est déterminée en fonction de la fortune du résident :

Aide sociale ou fortune < 100'000.-	0%	
Fortune entre 100'000.- et 199'999.-	5%	Fr. 5.40 / jour Fr. 1'971.- / année
Fortune entre 200'000.- et 499'999.-	10%	Fr. 10.80 / jour Fr. 3'942.- / année
Fortune ≥ 500'000.-	20%	Fr. 21.60 / jour Fr. 7'884.- / année

**Il est de la responsabilité du résident ou de son représentant légal de démontrer que sa participation est réduite ou nulle sur la base du formulaire, attesté par la commune de domicile.**

La détermination et la facturation de la participation sera effectuée par l'EMS. Elle est fixée au début du séjour et valable pour trois ans. Elle peut faire l'objet d'une réclamation écrite et motivée auprès du Service de la santé publique dans les 30 jours dès la notification. En cas de modification notable de la fortune (écart de plus de 20%), il est possible d'adresser à l'EMS une demande motivée de réévaluation.



CANTON DU VALAIS  
KANTON WALLIS

## Détermination de la participation des assurés aux coûts des soins, conformément à l'article 19 de la loi sur les soins de longue durée du 14 septembre 2011

### A compléter par l'assuré

Nom et prénom de l'assuré .....

N° AVS .....

Etat Civil .....

Adresse .....

NPA / Lieu .....

Bénéficiaire de l'aide sociale oui  non   
*(si oui, pas de participation aux coûts des soins)*

Lieu et date : ..... Signature : .....

Par sa signature, l'assuré, respectivement son représentant légal, autorise le Service cantonal des contributions, sur requête du Service de la santé publique, à communiquer les informations relatives à la fortune fiscale ainsi qu'aux donations et avancements d'hoirie effectués par l'assuré.

### A compléter par la commune de domicile

Fortune nette déterminante pour fixer le taux d'imposition telle qu'elle ressort de la dernière taxation fiscale entrée en force (chiffre 4400, à défaut chiffre 4100) .....

Année de taxation : .....

*Timbre et signature*

*Date*

### A compléter par l'assuré

Avez-vous effectué une donation ou un avancement d'hoirie durant les dix dernières années ?

oui  non

Dans l'affirmative, quel est la valeur fiscale de l'attribution ? .....

*(joindre pièces justificatives : copie des actes, conventions de partage, etc...)*

Date de l'attribution .....

### A compléter par l'établissement

#### Donations et avancements d'hoirie

Nombre d'années déductibles : ..... Déduction Fr. 10'000.- par année ./.  
*(année d'entrée - année de l'attribution) (maximum montant de l'attribution)*

Couples faisant l'objet d'une imposition commune : 50% fortune fiscale nette ..... ./.

**Fortune nette** .....

%

Participation de l'assuré aux coûts des soins pour la durée complète du séjour .....

*La participation est déterminée selon l'échelle annexée.*

Lieu et date : .....

Nom et signature de l'établissement : .....

Conformément à l'article 17 alinéa 6 de l'ordonnance sur la planification et le financement des soins de longue durée du 15 octobre 2014, le taux de participation déterminé ci-dessus par l'établissement peut faire l'objet d'une réclamation écrite et motivée, dans les 30 jours dès sa notification, auprès du Service de la santé publique.