



# Association du Foyer Saint-Paul

Et si nous faisons ensemble un bout de chemin...

## Pour l'Association

Frédéric Lejuste

Directeur

022/718.11.11

[association@foyer-st-paul.ch](mailto:association@foyer-st-paul.ch)

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

**Nom** : ..... **Prénom** .....

Nom de jeune fille : .....

Sexe : Féminin  Masculin

Lieu et date de naissance : .....

Nationalité : ..... A Genève depuis : .....

Adresse actuelle : .....  
.....

N° de téléphone : ..... Adresse email : .....

N° de portable : .....

Etat civil : Marié(e)  Célibataire  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf(ve)

N° AVS : .....

N° SPC : .....

Assurance Maladie : .....

N° Assuré : .....

Nom et prénom du conjoint : .....

Date de naissance : .....

Assurance RC et ménage : .....

## **Revenus**

Bénéficiez-vous d'une rente AVS ?  Oui  Non  
Si oui, merci d'indiquer le montant : CHF.....

Bénéficiez-vous d'une rente 2ème pilier (LPP) ?  Oui  Non  
Si oui, merci d'indiquer le montant. CHF .....

Bénéficiez-vous d'une rente 3ème pilier ?  Oui  Non  
Si oui, merci d'indiquer le montant : CHF .....

Bénéficiez-vous d'une rente d'impotence ?  Oui  Non  
Si oui, merci d'indiquer le montant : CHF .....

Bénéficiez-vous d'autres rentes (viagère, étrangère...) ?  Oui  Non  
Si oui, merci d'indiquer le montant : CHF .....

## **Appui du SPC**

Avez-vous fait une demande de prestations au SPC ?  Oui  Non  
Si oui, joindre la copie de la dernière décision.

Si une demande auprès du SPC est en cours, date de la demande : .....  
Joindre copie de la demande

## **Etat des créances**

Avez-vous des dettes ?  Oui  Non

Si oui : - envers qui ?..... Montant :.....CHF

Avez-vous prêté de l'argent avec reconnaissance de dette ?  Oui  Non

**Médecin traitant :**

Nom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : .....

**Service de Soins à domicile :**

Nom des soins à domicile : .....

Nom du référent des soins à domicile : .....

Coordonnées des soins à domicile : .....

.....

.....

**Entourage à contacter en cas d'urgence :**

**Contact N°1**

Nom, Prénom : .....

Lien : .....

Téléphone(s) : .....

Adresse : .....

Email : .....

**Contact N°2**

Non, Prénom : .....

Lien : .....

Téléphone(s) : .....

Adresse : .....

Email : .....

**Directives anticipées :**      Oui       Non       auprès de .....

**JOINDRE UNE COPIE DES DOCUMENTS SUIVANTS**

- Carte d'identité ou passeport valable
- Permis de séjour
- Livret de famille
- Certificat de l'assurance maladie pour l'année en cours
- Attestation de l'Office des Poursuites
- Attestation de rentes
- Attestation de fortune (si besoin)
- Attestation fiscale de l'année en cours

Je soussigné(e), déclare sur l'honneur que les renseignements ci-dessus sont exacts et complets.

Signature du requérant

Lieu et date : ..... ..