



FONDATION KRAIZBIERG

Demande d'admission dans un service de la Fondation Kräizbiërg

Merci de bien vouloir compléter soigneusement cette demande, qui nous permettra de répondre au mieux à votre demande. Pour toute question, vous pouvez vous adresser au 52 43 52 – 355 ou – 383.

Le document est à retourner à la Fondation Kräizbiërg par mail : suivi@kraizbiërg.lu
ou par voie postale : *Service suivi psychosocial – BP65, L-3401 Dudelange*

Coordonnées du demandeur :

Nom :	_____
Prénom :	_____
Matricule :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Etat civil :	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)
Sexe :	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Domicile légal :	_____ _____
Téléphone/GSM :	_____
E-mail :	_____
Lieu de séjour actuel :	_____ _____

Coordonnées de la personne de référence/de contact :

Nom :	_____
Prénom :	_____
Lien :	<input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Fratrie <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Curateur <input type="checkbox"/> Tuteur
Adresse :	_____ _____
Téléphone/GSM :	_____
E-mail :	_____



FONDATION KRAIZBIERG

En cas d'une demande introduite par un service social, veuillez remplir l'encadré ci-dessous :

Institution :	_____
Service :	_____
Personne de contact :	_____
Fonction :	_____
Téléphone :	_____
E-mail :	_____

Structure envisagée :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Structure d'hébergement : | <input type="checkbox"/> Ateliers Kräizbiërg |
| <input type="radio"/> Foyer | <input type="checkbox"/> Centre de formation |
| <input type="radio"/> Appartement encadré | <input type="checkbox"/> Centre d'accueil de jour |

Priorité de la demande : Urgence Prêt à entrer Préventive

Statut actuel :

- Etudiant
- Salarié
- Salarié handicapé (SH)
- Bénéficiaire d'une rente
 - de vieillesse
 - d'invalidité
 - d'accident
 - une prépension
- Autre : _____

Description du handicap (handicap physique, handicap associé psychique / mental / sensoriel, polyhandicap avec prédominance sur le handicap physique) :



FONDATION KRAIZBERG

Diagnostic médical (Prière de joindre une copie du rapport médical respectif) :

Coordonnées du médecin traitant (Nom, prénom et adresse) :

Motivation de la demande :

Coordonnées de sécurité sociale :

Caisse de maladie CNS DKV Autre : _____
Assurance dépendance Oui Non Demande en cours

Si oui, êtes-vous pris en charge par un réseau d'aides à domicile ?

Nom du Service : _____
Fréquence : _____

Protection juridique :

Tutelle Oui Non Demande en cours
Curatelle Oui Non Demande en cours

Si oui, quel est le représentant légal ?

Nom et prénom : _____
Adresse : _____



FONDATION KRAIZBIERG

Documents à joindre à la demande d'admission :

Demande pour les structures d'hébergement et d'accueil

- Copie de la carte d'identité
- Copie de la carte de sécurité sociale
- Copie de la carte de séjour
- Copie du jugement de placement sous tutelle ou curatelle (*en cas de représentation légale*)
- Copie(s) des rapports médicaux, psychiatriques, psychologiques et sociaux pertinents

Demande pour les ateliers Kräizbiere et le centre de formation

- Copie de la carte d'identité
- Copie de la carte de sécurité sociale
- Copie de la carte de séjour
- Copie du jugement de placement sous tutelle ou curatelle (*en cas de représentation légale*)
- Copie de la reconnaissance du statut de salarié handicapé
- Copie de l'orientation de la commission d'orientation et de reclassement professionnel (*si disponible*)
- Copie des bulletins scolaires
- Curriculum Vitae (CV)
- Copie(s) des rapports médicaux, psychiatriques, psychologiques et sociaux pertinents

Note importante : La Fondation Kraizbiere se réserve le droit de mettre en suspens toute demande d'admission non dûment remplie ou incomplète.

La présente demande d'admission est introduite et signée par :

- Demandeur
- Famille
- Représentant légal
- Service Social (avec accord du demandeur/de la famille ou du représentant légal)
- Autre : _____

Demande d'admission fait à _____, le _____

*Signature du demandeur ou
de son représentant légal*

Nom du signataire



FONDATION KRAIZBIERG

Fiche d'(auto)évaluation des compétences

Pour nous permettre de d'orienter le plus adéquatement possible votre demande, nous vous prions de bien vouloir répondre aux questions ci-après :

I. Alimentation

- Autonome
- Aide partielle (voie orale)
- Aide totale (voie orale)
- Sonde PEG
- Trouble de la déglutition

II. Déplacement

Marche

- Autonome (seul(e))
- Cannes
- Déambulateur
- Aide partielle
- Prothèse
- Aide totale

Déplacement

- Chaise roulante manuelle
- Chaise roulante électrique
- Avec aide

III. Habillage et hygiène corporelle

Habillage

- Autonome (seul(e))
- Aide partielle
- Aide totale

Hygiène corporelle (se laver, etc.)

- Autonome (seul(e))
- Aide partielle
- Aide totale

IV. Etat de conscience et dispositifs médicaux spécifiques

Etat de conscience

- Conscience normale (éveillé(e))
- Coma (absence de conscience)
- Etat végétatif
- Etat de conscience minimale

Dispositifs médicaux spécifiques

- Trachéostomie
- Appareil respiratoire
- Sonde urinaire
- Stomie
- Autre : _____

V. Communication verbale

Comprendre

- Français
- Luxembourgeois
- Allemand
- Anglais
- Portugais
- Autre : _____

Parler

- Français
- Luxembourgeois
- Allemand
- Anglais
- Portugais
- Autre : _____



FONDATION KRAIZBIERG

Fiche d'(auto)évaluation des compétences (suite)

VI. Utilisation des services

Bénéficiez-vous actuellement des soins/ de l'aide de services spécifiques <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Si oui, lesquels ?	À domicile	À l'extérieur	Nom du Service	Préciser la nature et la fréquence des services / soins reçus
Aide-ménagère				
Soins infirmiers				
Services sociaux				
Kinésithérapie				
Orthophonie				
Ergothérapie				
Soutien psychologique				
Pédicure médicale				
Autre :				

Fiche remplie à _____, le _____

*Signature du demandeur ou
de son représentant légal*

Nom du signataire