



FONDATION
ATELIERS
KRAIZBIERG

DEMANDE D'ADMISSION

Merci de bien vouloir compléter soigneusement le présent formulaire. Il nous permettra de répondre au mieux à votre demande pour une admission dans une structure de la Fondation Kräizbiërg ou de la société coopérative Ateliers Kräizbiërg (SIS). Pour toute question, vous pouvez vous adresser au 52 43 52 -355 ou -383.

Le document est à retourner à la Fondation Kräizbiërg par e-mail à l'adresse *suivi@kraizbiërg.lu*, ou par voie postale à l'adresse *Fondation Kräizbiërg, Service suivi psychosocial, B.P. 65, L-3401 Dudelange*, avec la mention « Confidentiel » sur l'enveloppe.

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 :	_____ _____



FONDATION
ATELIERS
KRAIZBIERG

Téléphone/GSM : _____

E-mail : _____

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 :

- Structure d'hébergement :
 - Foyer
 - Appartement encadré

- Ateliers Kräizbiërg
- Service de formation
- 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 : _____



FONDATION
ATELIERS
KRAIZBIERG

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

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

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

Motivation de la demande :



FONDATION
ATELIERS
KRAIZBIERG

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 : _____

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 Kräizbiërg 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 Kräizbiërg se réserve le droit de mettre en suspens toute demande d'admission non dûment remplie ou incomplète.



FONDATION
ATELIERS
KRAIZBIERG

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

Avec la signature de la présente demande, vous marquez votre accord au fait que la Fondation Kräizbiërg et/ou société coopérative Ateliers Kräizbiërg (SIS) procède à la collecte et au traitement de vos données personnelles. Nous vous informons que vos données seront traitées conformément aux dispositions du règlement général sur la protection des données (RGPD) et que vous disposez de droits sur les données personnelles qui vous concernent. En outre, nous vous signalons que la notice de confidentialité en matière de pratiques relatives à la protection des données actuellement en vigueur est disponible sur le site web www.kraizbiërg.lu/rgpd.



FONDATION
ATELIERS
KRAIZBIERG

FICHE D' (AUTO)ÉVALUATION DES COMPETENCES

Pour nous permettre de vous orienter le plus adéquatement possible, 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
ATELIERS
KRAIZBIERG

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

Avec la signature de la présente fiche, vous marquez votre accord au fait que la Fondation Kräizbiërg et/ou société coopérative Ateliers Kräizbiërg (SIS) procède à la collecte et au traitement de vos données personnelles. Nous vous informons que vos données seront traitées conformément aux dispositions du règlement général sur la protection des données (RGPD) et que vous disposez de droits sur les données personnelles qui vous concernent. En outre, nous vous signalons que la notice de confidentialité en matière de pratiques relatives à la protection des données actuellement en vigueur est disponible sur le site web www.kraizbiërg.lu/rgpd.