

DEMANDE D'ADMISSION AU CIPA



CIPA NIEDERANVEN



CIPA JUNGLINSTER



CIPA GREVENMACHER

Informations concernant le demandeur

Nom et prénom :

Numéro de sécurité sociale : Sexe :

Nationalité :

Adresse : L-

État civil : Célibataire Marié(e) Vit avec un(e) partenaire :
Veuf(ve) Divorcé(e)

Nr téléphone fixe : Nr portable :

Adresse e-mail :

Personne de confiance

Nom et prénom :

Adresse: L-

Nr téléphone fixe : Nr portable :

Adresse e-mail :



Administration Communale de Betzdorf
11, rue du Château | L-6922 Berg
T (+352) 28 13 73 | F (+352) 28 13 73-212

secretariat@betzdorf.lu
Facebook: GemengBetzder Instagram: gemeng_betzder
betzdorf.lu

Assurance dépendance

Demande : oui non
évalué(e) : oui non

Conditions d'admission

Sont prioritaires à l'admission les personnes remplissant les conditions suivantes :

- **Être âgé(e) de plus de 65 ans au moment de l'admission.**

À titre dérogatoire, l'admission d'une personne âgée de moins de 65 ans peut être envisagée lorsque celle-ci nécessite des soins spécifiques et continus ne pouvant être assurés à domicile ou dans une autre structure spécialisée.

- **Remplir au moins une des conditions de résidence suivantes :**

- Avoir eu son dernier domicile sur le territoire de l'une des communes signataires durant au moins deux années de manière continue.
- Avoir au moins un descendant direct domicilié depuis au moins six mois de manière continue sur le territoire de l'une des communes signataires.
- Avoir été domicilié(e) pendant au moins vingt années au cours des quarante dernières années sur le territoire de l'une des communes signataires.

Je souhaite être contacté(e) si une chambre se libère.

Je prends personnellement l'initiative de communiquer ma décision de devenir résident du CIPA.

urgent

préventive

Date :

Signature :

À remplir par l'administration communale

Demande envoyée le

au secrétariat de la commission de surveillance

pour contrôle

pour arbitrage, si les conditions d'admission ne sont pas entièrement remplies ou si une dérogation à la condition d'âge est sollicitée

**SIGNATURE ET CACHET DE
L'ADMINISTRATION COMMUNALE**

Déclaration de consentement

Dans le cadre de ma demande d'inscription sur la liste d'attente d'un établissement CIPA (CIPA Grevenmacher, CIPA Junglinster ou CIPA Niederanven), je consens, dans un souci de clarté et dans la mesure nécessaire, à ce que l'établissement concerné traite les données personnelles que j'ai fournies dans le formulaire d'admission en vue de mon inscription sur cette liste.

La base légale du traitement de mes données personnelles repose, d'une part, sur l'exécution de mesures précontractuelles, à savoir l'inscription sur la liste d'attente et la gestion de cette liste par l'établissement concerné (ou par d'autres parties, comme décrit ci-dessous), et, d'autre part, sur mon consentement implicite donné par la transmission de mes données et confirmé par la présente déclaration.

Je suis conscient(e) et j'accepte que la liste d'attente puisse être transmise à des tiers, dans la mesure où cette transmission est utile et nécessaire aux fins définies au point 2 de la présente déclaration. L'établissement peut notamment transmettre ma demande à la commune de mon lieu de résidence ou, le cas échéant, à la commune de résidence de mes enfants, dans le cas où ces communes bénéficient d'un droit de priorité pour l'attribution des chambres dans l'établissement concerné.

Je suis également informé(e) que toute demande de radiation de la liste d'attente entraînera la suppression immédiate de mes données personnelles.

Dans le cas où je m'opposerais au traitement de mes données personnelles, mon inscription sur la liste d'attente ne pourra être maintenue. Dans ce cas, ma demande sera annulée sans que cela ne donne lieu à une quelconque responsabilité de la part de l'établissement.

J'ai pris connaissance du fait que des informations complémentaires sur le traitement de mes données personnelles, y compris mes droits à cet égard, peuvent être obtenues auprès de l'établissement concerné ou sur son site Internet.

En cas d'admission, je déclare être en mesure et disposé(e) à payer le tarif de pension applicable. Si cela n'est pas le cas, je m'engage à demander une aide financière auprès du Fonds National de Solidarité. Si je ne suis plus en état de le faire moi-même, j'autorise l'administration de l'établissement à entreprendre les démarches nécessaires en mon nom.

Date :

Signature :