



RESIDENCE
DE LA KNIPPCHEN

N° agrément 81.001.001-S/1399

N° INAMI 7/30249/64/110

DOSSIER D'INSCRIPTION

Le dossier d'inscription comprend une fiche de renseignements sur l'identité du demandeur à compléter, et signer, par le demandeur ou son représentant légal (= Administrateur désigné par un juge).

Le demandeur est tenu de fournir :

- ☐ *Un relevé des ressources financières propres avec preuves ; pension, revenus locatifs ...*
- ☐ *Une copie de la carte d'identité,*
- ☐ *Une vignette mutuelle,*
- ☐ *Une échelle de KATZ à remplir par un médecin ou une infirmière (modèle en annexe – NOM+ PRENOM et Signature du Praticien),*
- ☐ *Uniquement pour les Arlonais qui sollicitent la réduction sur le tarif journalier ; un « CERTIFICAT DE RESIDENCE AVEC HISTORIQUE » du service population de l'Administration Communale.*



Toute inscription sera rendue définitive à la date de réception d'un dossier rendu complet avec toutes les pièces justificatives.

Le dossier complet est à retourner à l'adresse suivante :

**Résidence de la Knippchen,
Dossier inscription
Rue du Marquisat, 21
6700 ARLON**





La Résidence de la Knippchen est une maison de repos et de soins qui accueille 102 personnes (52 MRS + 47 MR + 5 CS) et qui dépend du CPAS d'Arlon.

Elle se situe en plein centre-ville et les résidents bénéficient d'un espace vert à l'arrière du bâtiment. Chaque résident a sa chambre individuelle, et bénéficie de commodités : salle de bains complète, télévision numérique, penderies, frigo, lit médicalisé, ...

Trois autres services sont disponibles sur le site :

- 5 chambres de court séjour (max de 3 mois sur l'année, 83,66€ par jour, réservation obligatoire via un dossier et un rendez-vous avec la Direction).
- Le Centre d'accueil de Jour : accueil de 10 personnes max la journée (prix : 29,59€ la journée avec le repas de midi compris).
- La résidence-services : 10 appartements tout confort – 1592,78€/mois de loyer (charges comprises) possibilité de services supplémentaires payants (repas, buanderie, nettoyage)

Prix de l'hébergement à la Résidence de la Knippchen

Type de chambre	Caractéristiques	Tarif journalier
Chambre individuelle	Chambre de 12 m ²	54,78 €
Chambre salon	Chambre de 20 m ²	76.51 €
👉 Ces tarifs font l'objet d'une réduction de 5 % pour les Arlonais.		

Les résidents bénéficient d'une épicerie sur place, d'un espace bibliothèque, d'un local informatique, d'un coin TV commun, d'une salle de kiné et d'activités journalières (bingo, jeux de mots, atelier de lecture, bricolage, QI GONG, activités intergénérationnelles...).

Comment contacter la Résidence :

Accueil : 063.23 03 71 ou par mail : residence.knippchen@arlon.be

Direction générale : Franck PIERRET (franck.pierret@arlon.be)

Directrice adjointe : Stéphanie Pierard (stephanie.pierard@arlon.be)

Infirmières sociales – Inscriptions : residence.knippchen@arlon.be





MR - MRS

LA RESIDENCE DE « LA KNIPPCHEN »

Centre public d'action sociale de la ville d'Arlon

Rue du Marquisat, 21

6700 ARLON

Tél : 063/ 23 03 71

Residence.knippchen@arlon.be

DOSSIER DE DEMANDE D'ADMISSION EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT
POUR PERSONNES AGEES

Je soussigné(e) :

Domicilié(é) :

Sollicite mon admission à La Résidence de la Knippchen d'Arlon.

Fait à, le

Signature.



MR - MRS

LA RESIDENCE DE « LA KNIPPCHEN »

Centre public d'action sociale de la ville d'Arlon

Rue du Marquisat, 21

6700 ARLON

Je soussigné(e) :

Représentant de Madame, Monsieur :

Domicilié(e) :

Téléphone :

Portable :

Décide d'inscrire la personne suivante :

Sur la liste d'attente de la Résidence de la Knippchen.

Fait à....., le.....

Signature.



IDENTIFICATION DU RESIDENT

NOM, Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Portable :

Lieu et date de naissance :

Etat civil : ☐ Célibataire

☐ Marié(e) → Nom de l'époux (se) :

☐ Divorcé(e) de

☐ Veuf (ve) de :

N° de carte identité :

Délivré par l'administration communale de :

Nationalité :

N° de registre national :

Responsable de placement :

Religion :

Origine : ☐ Maison

☐ Hôpital

☐ Autre :



Médecin traitant :

Coordonnées :

.....

MERCI DE BIEN VOULOIR APPOSER

UNE VIGNETTE DE MUTUELLE



En cas de nécessité,

Merci de prévenir Madame ou Monsieur :

Adresse

Téléphone :

Portable :

Adresse mail :

Enfants :

NOM	PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE

RESSOURCES (Pensions, alloc sociales ou rente)

Identification de la caisse de pension :

Montant de la ou des pension(s) :

Biens immobiliers : Revenu cadastral :

Revenu locatif :

Economies :

FACTURATION

Nom et adresse du responsable des paiements :

.....

Administrateur provisoire de biens : OUI NON - Administrateur de la personne : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Formulaire d'inscription sur la liste d'attente

Nom :

Prénom :

Adresse :

- Je suis un(e) candidat(e) immédiat(e) pour la Résidence : OUI NON

C'est-à-dire : je souhaite être contacté(e) lorsqu'une chambre se libère et que je corresponds au profil recherché.

- Je réside dans une maison de repos et/ou de soins : OUI NON

- Je dois joindre le document suivant : « échelle de Katz »

➔ Il s'agit d'un questionnaire évaluant mon autonomie et mes capacités dans la vie quotidienne.

Ce document doit obligatoirement être rempli, signé et daté par un médecin ou une infirmière agréée.

Fait à

Le

Signature :

Le formulaire peut être envoyé (à l'attention des infirmières sociales) :

- Soit par mail :

residence.knippchen@arlon.be

- Soit par courrier postal :

21, rue du Marquisat
6700 ARLON

Le formulaire est également téléchargeable sur le site du CPAS d'Arlon.



**ECHELLE D'EVALUATION JUSTIFIANT
LA DEMANDE D'INTERVENTION DANS UNE INSTITUTION DE SOINS**

Identification du bénéficiaire :**Numéro INAMI de l'institution :**

NOM - Prénom :

Numéro national :

A. Echelle (ne compléter que la colonne 'nouveau score' en cas de première évaluation)

CRITERE	Ancien Score	Nouveau Score	1	2	3	4
SE LAVER			est capable de se laver complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
S'HABILLER			est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
TRANSFERT ET DEPLACEMENTS			est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers	est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante...)	a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements	est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
AIDE A LA TOILETTE			est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	a besoin de l'aide pour un des trois items : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	a besoin d'aide pour deux des trois items : se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	doit être entièrement aidé pour les trois items : se déplacer et s'habiller et s'essuyer
CONTINENCE			est continent pour les urines et les selles	est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	est incontinent pour les urines et les selles
MANGER			est capable de manger et de boire seul	a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	le patient est totalement dépendant pour manger ou boire

CRITERE		1	2	3	4
TEMPS (2)		pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalément désorienté ou impossible à évaluer
ESPACE (2)		pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalément désorienté ou impossible à évaluer

OU : le patient a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé en date du

Sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-dessus : - la catégorie O catégorie A catégorie B catégorie C catégorie Cdément catégorie D est demandée (1).

- un accueil en centre de soins de jour est demandé (1)

B. Raisons qui justifient le changement de catégorie (uniquement en cas d'aggravation) :

--

C. Le Médecin (obligatoire si la catégorie D est demandée ou si aggravation de la dépendance moins de 6 mois après changement d'échelle lors du dernier contrôle) ou le praticien de l'art infirmier :

Nom et numéro Inami ou cachet du médecin Nom de l'infirmier(ère) responsable (1)	Date :/...../.....	Signature
---	-----------------------------	-----------

(1) Biffer la mention inutile.

(2) Ne pas compléter si le patient a été diagnostiqué comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé.