|  |  |
| --- | --- |
| **DEMANDE DE COURT SEJOUR** | **DEMANDE DE LONG SEJOUR** |

Avez-vous déjà effectué un court séjour pendant l’année en cours à Béthel ou ailleurs ? Non  Oui 

Si oui, lieu :  Dates : du  au 

\* \* \*

**INFORMATIONS CONCERNANT LE DEMANDEUR DE SEJOUR**

|  |
| --- |
| **MADAME** **MONSIEUR** |
| **NOM :** | **PRENOM :** |
| Nom de jeune fille :  | Etat-civil :  |
| Date de naissance :  | Lieu de naissance :  |
| Nationalité :  | Origine (canton) :  |
| Si non Suisse, type de permis :  |  |
| Nom et prénom du conjoint :  |
| Directives anticipées ou plan de crise conjoint : | Non Oui |
| Si oui : Lieu de dépôt :  |
| Nom du représentant thérapeutique :  |
| **ADRESSE PRIVEES** (domicile légal) |
| Rue :  | NPA, ville :  |
| N° de téléphone :  | N° de mobile :  |
| E-mail :  |  |
| **PERSONNE A PREVENIR EN CAS D’URGENCE** |
| Nom, prénom :  | N° de téléphone :  |
| Lien avec le demandeur :  |
| **ASSURANCE MALADIE** |
| Nom :  | Type de contrat :  |
| N° AVS :  | N° assuré/police :  |
| **AVEZ-VOUS UN CONTRAT AVEC UNE CONTRAINTE DE L’ASSURANCE VIS-A-VIS DE :** |
| * Assurance médecin de famille/HMO
 | Oui Non |
| * Assurance avec pharmacie (ex. : Sunstore)
 | Oui Non |
| **ADRESSE DE FACTURATION** | Demandeur de séjour Curateur |
| **ARGENT DE POCHE GERE PAR BETHEL** | Oui Non |
| **Rente AVS** | Oui Demande en cours |
| **Rente AI** | Oui Demande en cours |
| **Prestations complémentaires (PC/PCG)** | Oui Demande en cours |
| **Revenu d’insertion (RI)** | Oui Demande en cours |
| Si oui, nom du CSR et du gestionnaire :  |
| N° de téléphone :  | Fax :  |
| E-mail :  |
| **Allocation pour impotence (api)** | Si oui, Basse Moyenne Grave |
| ***Partie réservée aux admissions*****TARIF COURT SEJOUR A APPLIQUER** | CHF 60.- CHF 30.- CHF 15.- |
| Indéterminé :  |

\* \* \*

**CONTACTS**

|  |
| --- |
| **MEDECIN GENERALISTE** |
| Nom :  | Prénom :  |
| Adresse :  |
| N° de téléphone :  | Fax :  |
| E-mail :  |  |
| **MEDECIN PSYCHIATRE** |
| Nom :  | Prénom :  |
| Adresse :  |
| N° de téléphone :  | Fax :  |
| E-mail :  |
| **CURATEUR** *(merci de joindre la copie de la décision)* |
| Type de curatelle :  |
| Nom :  | Prénom :  |
| Adresse :  |
| N° de téléphone :  | Fax :  |
| E-mail :  |  |
| **ASSISTANT/E SOCIAL/E** |
| Nom :  | Prénom :  |
| Adresse :  |
| N° de téléphone :  | Fax :  |
| E-mail :  |  |
| **PHARMACIE** |
| Nom :  |
| Adresse :  |
| N° de téléphone :  | Fax :  |
| E-mail :  |  |
| **AUTRE** |
| Fonction :  |
| Nom :  | Prénom :  |
| Adresse :  |
| N° de téléphone :  | Fax :  |
| E-mail :  |  |

**A compléter lors de l’entretien de pré-admission**

Je certifie que les informations ci-dessus sont exactes et :

* **Etre domicilié/e dans le canton de Vaud**
* Avoir expressément pris connaissance des **conditions financières**, du **règlement de maison** ainsi que des informations destinées au bénéficiaire de soins sur le **traitement et la transmission des données personnelles**

**Avoir reçu les documents suivants** :

* Tarifs avec POS & PSAC en vigueur (0018)
* Brochure « L’essentiel sur le droit des patients » (0011)
* Brochure « Béthel »
* Informations pratiques (0013)
* Règlement de maison (0015)
* Copie du contrat thérapeutique (0019.1)
* Copie des « renseignements administratifs du demandeur de séjour » (0020)
* Copie du « Consentement au traitement et transmission des données personnelles » (0021)
* Informations destinées au bénéficiaire de soins sur le traitement et la transmission des données personnelles (0021)

Lieu et date : 

Signature du demandeur de séjour :

A envoyer avec les documents éventuels par mail à admissions@maison-bethel.ch ou par courrier à : Admissions - Maison Béthel – Chemin du Lacuez 4 – 1807 Blonay