



☐ **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 PRIVEE (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 :

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 :

PARTIE RESERVEE AUX ADMISSIONS

ASSURANCE MALADIE

Nom : Type de contrat :
N° AVS : N° assuré/police :

CONTRAINTE AVEC CONTRAT 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 : E-mail :

ALLOCATION POUR IMPOTENCE (API)

Si oui, ☐ Basse ☐ Moyenne ☐ Grave

TARIF COURT SEJOUR A APPLIQUER

☐ CHF 60.- ☐ CHF 30.- ☐ CHF 15.-

☐ Indéterminé :

A COMPLÉTER LORS DE L'ENTRETIEN DE PRÉ-ADMISSION

Je certifie 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)
- Informations destinées au bénéficiaire de soins sur le traitement et la transmission des données personnelles et copie du « Consentement au traitement et à la transmission des données personnelles » (0021)
- Modèle de procuration (0091)

Je certifie que les informations transmises dans le présent formulaire 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**

Lieu :

Signature du demandeur de séjour :

Date :

A envoyer avec les documents éventuels à : Admissions - Maison Béthel – Chemin du Lacuez 4 – 1807 Blonay