



Renseignements administratifs du demandeur de séjour

DEMANDE DE COURT 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
- Assurance avec pharmacie (ex. : Sunstore)

Oui Non

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