|  |  |
| --- | --- |
| **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 :  Date : | Signature du demandeur de séjour : |

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