

# Demande d'Admission Court Séjour

## Données personnelles :

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	N° AVS :
Adresse, NPA, lieu :	
No de téléphone :	
Commune d'origine :	Nationalité :
Etat civil : <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> célibataire	
Durée du séjour : du ..... au .....	

## Adresse de facturation : (si différente que ci-dessus)

Nom et Prénom :	Lien avec le résident :
Adresse complète :	
Adresse E-Mail :	
Tél. privé :	Tél. autre :

## Référent de famille :

Nom et Prénom :	Lien avec le résident :
Adresse complète :	
Adresse E-Mail :	
Tél. privé :	Tél. autre :

### Avance à nous verser AVANT l'entrée du résident

- Fr. 500.-- pour un séjour jusqu'à 2 semaines
- Fr. 1'000.-- pour un séjour supérieur à 2 semaines

## Hébergement :

- |                             |                                   |                                    |     |
|-----------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----|
| • Je souhaite une chambre à | <input type="checkbox"/> 1 lit    | Fr. 50.00                          |     |
| • Je souhaite               | <input type="checkbox"/> TV       | <input type="checkbox"/> Téléphone |     |
| • Mon linge est marqué :    | <input type="checkbox"/> Oui      | <input type="checkbox"/> Non       |     |
| • Frais de dossier          | Fr. 120.--                        |                                    |     |
| • Frais annexe              | Fr. 5.-- / jour (TV + Tel inclus) |                                    | ./. |

## Renseignements financiers :

Je suis au bénéfice des prestations complémentaires :  Oui  Non  En cours

Rente d'allocation pour impotent :  Oui  Non  
Si oui, copie de décision de la rente  Moyenne  Grave

Où vivez-vous actuellement ?  A domicile  A l'hôpital (précisez le lieu) .....

Nom et prénom de la personne qui s'est occupée de vous durant les 2 dernières années :  
(CMS ou personne de la famille)

Votre suivi médical à la résidence : votre médecin traitant assurera votre suivi :  Oui  Non

## Nom du médecin traitant:

Nom et Prénom :	Tél. :
Adresse :	

## Votre caisse maladie :

Nom :	Tél. :
Adresse :	
Votre n° :	

## Votre état de santé :

Je marche  Oui  Non      **Moyen auxiliaire :**  
 Je mange seul(e)  Oui  Non      **Régime :**  
 Je me lave seul(e)  Oui  Non      **Qui m'aide ?**  
 Je m'habille seul(e)  Oui  Non      **Qui m'aide ?**

**Merci de bien vouloir nous remettre les documents suivants :**

- une copie de la carte d'identité
- une copie de la carte d'assurance maladie
- une copie de la police d'assurance maladie
- une copie de l'assurance R.C. privée
- une copie du livret de famille ou acte d'origine
- une copie de la décision d'allocation impotence (si versement)
- Une déclaration de domicile (si hors commune)

## Informations

Il est possible de répéter les courts séjours tout au long de l'année pour une durée totale de 4 mois. Selon les directives cantonales, les lits de court séjour exigent un retour à domicile. Les courts séjours peuvent être de 7 jours minimum et 60 jours maximum. Les séjours doivent être espacés d'une durée d'un mois.

**Cette demande d'admission n'engage d'aucune manière la personne qui signe ce document et ne donne pas de garantie d'une future prise en charge à la Résidence La Charmaie.**

**Je, soussigné, certifie l'exactitude des renseignements donnés ci-dessous.**

**Date :**

**Signature :**