

**CONVENTION COURT SEJOUR**

**Nom et prénom du résident :** \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) certifie avoir été informé(e) que le prix, pour un court séjour, est de **CHF 60.-** par jour pendant 30 jours, par année civile.

Je prends note que si je suis au bénéfice des prestations complémentaires, j'ai la possibilité, sur présentation de **ma facture dûment réglée**, de m'en faire rembourser la moitié, soit **Fr. 30.-** par jour.

Le droit au séjour de 30 jours dans notre établissement dépend du nombre de jours passés dans un autre établissement, dans la même année civile.

En cas de séjour supérieur à 30 jours, le SASH décide de l'opportunité de la prolongation du court-séjour.

En outre, si le court séjour se transforme en long séjour, le prix journalier s'élèvera au prix de pension de l'année en cours.

Date de l'entrée : \_\_\_\_\_

Clarens, le : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Date du départ : \_\_\_\_\_

Nombre de jours passés dans notre établissement : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

**DEMANDE D'ADMISSION LONG SEJOUR**

Dès le : \_\_\_\_\_ No de CHAMBRE : \_\_\_\_\_

NOM et PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ TEL. : \_\_\_\_\_

DOMICILE LEGAL : \_\_\_\_\_

DATE ET LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ORIGINE : \_\_\_\_\_ NATIONALITE : \_\_\_\_\_

LANGUE : \_\_\_\_\_ ETAT CIVIL : \_\_\_\_\_ DEPUIS LE : \_\_\_\_\_

CONFESSION : \_\_\_\_\_ PROFESSION : \_\_\_\_\_

N° AVS : \_\_\_\_\_ CAISSE : \_\_\_\_\_ MONTANT : \_\_\_\_\_

N° PC : \_\_\_\_\_ DEPUIS LE : \_\_\_\_\_ CAISSE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ MONTANT : \_\_\_\_\_

P.I. **OUI / NON** Si oui : LEGERE / MOYENNE / GRAVE (biffer ce qui ne convient pas)

depuis quand ? : \_\_\_\_\_

2<sup>ème</sup> PILIER – LPP / AUTRES RENTES : \_\_\_\_\_ MONTANT : \_\_\_\_\_

CONJOINT, ALLIANCE : \_\_\_\_\_ N° AVS \_\_\_\_\_

NOM, PRENOM DU PERE : \_\_\_\_\_

NOM DE JEUNE FILLE ET PRENOM DE LA MERE : \_\_\_\_\_

FORMALITES EN CAS DE DECES : \_\_\_\_\_ PF : \_\_\_\_\_

MEDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_ TEL : \_\_\_\_\_

ADRESSE, VILLE : \_\_\_\_\_

Si vous conservez votre médecin traitant, la gestion des rendez-vous et les déplacements vous incombent. De plus, vous devez obligatoirement nous faire parvenir les ordonnances établies par votre médecin. Celui-ci s'engage à tenir régulièrement informé notre service des soins de votre état de santé et d'assumer les visites à domicile si nécessaire.

VENANT DE : \_\_\_\_\_

CAISSE-MALADIE + N° d'affilié à 20 chiffres inscrit sur votre carte d'assurance maladie :

(y.c. assurance accident) \_\_\_\_\_

AVANT L'ENTREE, AIDE DU CMS : OUI / NON DEPUIS LE : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de la personne payant la facture :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Visa :

J'accepte

Je refuse

que le nom, prénom, n° de chambre, apparaissent sur les listes affichées sur le desk, à côté des portes de l'ascenseur et dans les salles à manger d'étage.

Si j'accepte, voici le nom et prénom que je désire voir figurer sur lesdits cadres :

➤ \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Pour les confédérés :**

Papiers déposés dans le canton : OUI / NON Commune : \_\_\_\_\_

**Pour les étrangers :**

Date d'arrivée en Suisse : \_\_\_\_\_ Permis : \_\_\_\_\_ Echéance : \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**ENFANT(S) :**

Noms et prénoms

Adresse + Email

Téléphone/Natel

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PARENTS OU AMIS :**

Noms et prénoms

Adresse + Email

Téléphone/Natel

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CURATEUR OU REPONDANT (adresse + email + tél et natel) :**

---

---

**PERSONNE A AVERTIR (en cas d'urgence) :**

---

**Visa :** \_\_\_\_\_

**Livret de famille déposé :** oui / non

**Passeport déposé :** oui / non

**Permis C déposé :** oui / non

**Autre :** \_\_\_\_\_

**Possédez-vous votre propre chaise roulante ?**    **Oui**     **Non**

*Si oui :*

**Chaise privée standard**

**Chaise privée particulière**

*(par exemple : dossier inclinable, cale-pieds relevables à l'horizontale, appuie-tête, pelotes de maintien, etc...)*

Dans le cas où la chaise ne fait pas partie du matériel standard, nous vous prions de prendre note que l'EMS se réserve le droit de facturer l'entretien, le nettoyage, le réglage ainsi que le remplacement des pièces d'usure, pour la part qui dépasse les coûts relatifs au matériel standard.

Les montants en question seront déduits de votre compte de dépenses personnelles.

### **IMPORTANT**

Le résident et/ou le répondant reconnaissent avoir reçu une documentation concernant la Fondation GAMBETTA, le contrat d'hébergement, l'annexe avec les prix facturés pour l'année en cours, la liste des prestations supplémentaires à choix et une copie de la demande d'admission.

Merci de nous faire savoir au plus vite tout changement de vos coordonnées afin que nous puissions vous joindre en cas d'urgence.

Lu et approuvé

Le résident :

Le répondant :

---

---

## DEMANDE D'ADMISSION COURT SEJOUR

Dès le \_\_\_\_\_

NOM, NOM D'ALLIANCE ET PRENOM : \_\_\_\_\_

N° AVS \_\_\_\_\_ N° de CHAMBRE \_\_\_\_\_

N° AVS CONJOINT \_\_\_\_\_ PRENOM DU CONJOINT \_\_\_\_\_

NOM et PRENOM DU PERE \_\_\_\_\_

NOM ET PRENOM DE LA MERE \_\_\_\_\_

ETAT CIVIL \_\_\_\_\_ RELIGION \_\_\_\_\_

DATE ET LIEU DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

NATIONALITE \_\_\_\_\_ ORIGINE \_\_\_\_\_

DOMICILE LEGAL \_\_\_\_\_

Tél.: \_\_\_\_\_

FORMALITES EN CAS DE DECES \_\_\_\_\_ PF \_\_\_\_\_

MEDECIN TRAITANT \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

CAISSE-MALADIE + N° d'Affilié à 20 chiffres inscrit sur votre carte d'assurance maladie  
(y.c. assurance accident) \_\_\_\_\_**Pour les confédérés** : Date de la dernière entrée dans le canton : \_\_\_\_\_

Dernier domicile hors du canton : \_\_\_\_\_

**Pour les étrangers** : Date d'arrivée en Suisse : \_\_\_\_\_

Permis de séjour : \_\_\_\_\_ Echéance : \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà fait des courts séjours en EMS durant l'année en cours ? \_\_\_\_\_

Si oui lesquels:

EMS \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_\_

EMS \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_\_

Votre fortune réalisable dépasse-t-elle CHF 100'000.- ? \_\_\_\_\_

Etes-vous au bénéfice d'une allocation pour impotent ?  oui  non

Si oui, de quel montant ? \_\_\_\_\_

**DEMANDE D'ADMISSION COURT SEJOUR**

PERSONNES A AVERTIR \_\_\_\_\_

ADRESSE \_\_\_\_\_

## ENFANT VIVANT HORS MENAGE

Noms et prénoms	Adresse	Téléphone	Activité

## PARENTS OU AMIS RESIDENT

Nom et prénoms	Adresse	Téléphone	Degré

TUTEUR, CURATEUR, OU REpondant :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOM ET ADRESSE DE LA PERSONNE PAYANT LA FACTURE :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## DEMANDE D'ADMISSION COURT SEJOUR

### IMPORTANT

Le résident est responsable, pendant son séjour, de son bip. En cas de dommage, il en assumera les frais de réparation.

Les factures sont payables à 10 jours net. Un intérêt de retard de 5 % est facturé dès le 31ème jour de retard.

La Fondation GAMBETTA n'est pas responsable du linge non marqué, des effets personnels, tels que chaises roulantes, cannes etc..., ainsi que des objets de valeurs et bijoux. Les objets et effets personnels ne sont pas assurés contre l'incendie ou le vol par l'institution.

L'utilisation de radiateurs électriques est interdite pour des raisons de sécurité.

Le résident et/ou le répondant reconnaissent avoir reçu une documentation concernant la Fondation GAMBETTA, C 21-1-21 Liste des prestations supplémentaires à choix, la C 21-1-24 Liste des prestations ordinaires à choix et une copie de la demande d'admission.

Le résident et son répondant ont pris note que, selon les nouvelles lois, la Fondation Gambetta est un établissement SANS FUMEE.

Veillez nous faire savoir au plus vite tout changement de vos coordonnées afin que nous puissions vous joindre en cas d'urgence.

Lu et approuvé

Signature du résident ou de son répondant administratif

  

---