



**Servicio de seguros sociales  
y alojamiento**  
Bâtiment administratif de la Pontaise  
Av. des Casernes 2  
1014 Lausanne

## **SOLICITUD DE GARANTIA LASV PARA LA COBERTURA DE GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN Y DE ASISTENCIA MÉDICA DE URGENCIA Y NECESARIA**

según el artículo 8, apartado 2 de la LASV (Ley sobre la acción social del cantón de Vaud) y del artículo 4 de la Convención administrativa.

*Importante* : este documento es una solicitud de ayuda a los servicios sociales para que los gastos incurridos sean pagados al hospital total o parcialmente. El SASH garantiza la confidencialidad de los datos, tal y como lo establece el artículo 33 LPGA, y no los transmite a terceros.

### **1. FICHA ADMINISTRATIVA DEL PACIENTE**

Emplacement pour coller l'étiquette administrative établie par l'hôpital  
ou joindre la fiche administrative imprimée  
ou imprimer les données depuis le système informatique

Espacio reservado para la etiqueta identificativa del hospital.  
Si no dispone de etiquetas, se adjunta la ficha administrativa impresa.

### **2. DECLARATION**

El/la abajo firmante, no pudiendo asumir el pago de todos sus gastos de hospitalización o de asistencia médica (o los de su hijo/a) :

- Solicita ayuda al Servicio de los seguros sociales y del alojamiento (SASH) de acuerdo con lo previsto en el artículo 8, apartado 2 de la LASV (Ley sobre la acción social del cantón de Vaud);
- Se compromete, a petición del SASH, a otorgar plenos poderes para la obtención de informaciones sobre su situación financiera;
- Consiente a que el médico del hospital transmita las informaciones necesarias para justificar el carácter urgente y necesario de la asistencia médica tal y como lo establece el artículo 4 de la convención administrativa ;
- Entiende que la ayuda social tiene carácter subsidiario respecto a la declaración de garantía firmada durante el proceso de solicitud de visa, a la existencia de patrimonio mobiliario o inmobiliario, a las prestaciones de seguros sociales y otras prestaciones sociales federales, cantonales, comunales o privadas, así como a la atención prodigada por familiares y parientes (artículo 3 LASV) ;
- Entiende que tendrá que reembolsar esta ayuda si la hubiera obtenido indebidamente o si entrara en posesión de una fortuna mobiliaria o inmobiliaria ;
- Entiende que quien incluya datos falsos, quien omita informaciones indispensables, así como quien no proporcione las informaciones requeridas por la autoridad competente, es susceptible de ser sancionado con una multa de un máximo de fr. 10'000.- (artículo 75 LASV).

Lugar y fecha (*lieu et date*) :

Firma del solicitante o de son responsable / tutor (*signature*):

### **3. TIPO DE GASTOS (Type de frais)**

- gastos de asistencia médica y de hospitalización – niño (*enfant*)  n° de estancia :
- gastos de cuidados ambulatorios crónicos y/o graves – adulto  n° de estancias\* :
- gastos de hospitalización – adulto  n° de estancia :
- gastos de cuidados ambulatorios relacionados con la hospitalización citada previamente  n° de estancias\* :
- gastos de transporte y repatriación

\* Cuando no se conoce el n° de estancia al hacerse la solicitud, se comunicará posteriormente al servicio de facturación del hospital.

### **4. INFORMACIONES COMPLEMENTAIRES DEL PROVEEDOR DE CUIDADOS (Infos du fournisseur de soins)**

Fecha de inicio de la hospitalización :	.....
Fecha de fin de la hospitalización o duración estimada:	.....
La repatriación del paciente sin domicilio en el cantón de Vaud, ¿ es posible desde un punto de vista médico ?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí
Fianza hospitalaria depositada por el paciente (si no está indicada en la ficha administrativa) ( <i>dépôt</i> ):	Fr. ....
Eventualmente : seguro de enfermedad o accidente, responsabilidad por daños a terceros, seguro de viaje, otro. ( <i>assurance éventuelle</i> )	.....
En el caso de un accidente, ¿cuáles fueron las causas? ( <i>si accident, causes</i> ).	.....
¿Otra persona está implicada ?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí, ¿quién?: .....
<b>Solicitud presentada por:</b> Servicio social : apellido y teléfono de la persona de contacto : ( <i>service social, nom et tél. de la personne de contact</i> )	Facturación : apellido y teléfono de la persona de contacto : ( <i>facturation, nom et tél. de la personne de contact</i> )
Fecha ( <i>date</i> ) :	Fecha ( <i>date</i> ) :

**Solicitud de garantía LASV para la cobertura de gastos de hospitalización y de asistencia médica de urgencia y necesaria**

<b>5. INFORMACIONES COMPLEMENTARIAS DEL PACIENTE</b> (menores, sólo completar los apartados a, d, e, f)		
<b>a) Origen (municipio, cantón o país) :</b> si no está indicado en el punto 1 ( <i>origine</i> )	.....	
<b>b) Estado civil actual:</b> si no está indicado en el punto 1 ( <i>état civil</i> )	.....	
<b>c) Cónyuge o concubino si vive en Suiza :</b> - Apellido y nombre ( <i>Nom, prénom du conjoint</i> ) - Fecha de nacimiento ( <i>date de naissance</i> )	..... .....	
<b>d) Si extranjero(a) :</b> Tipo de estancia en Suiza:	<input type="checkbox"/> turista de paso (completar apartado e)	<input type="checkbox"/> establecido en el cantón de Vaud (completar apartado f)
<b>e) Si extranjero(a) de paso: persona o dirección de contacto en Suiza</b> Apellido, nombre, dirección, teléfono : ¿ Una visa ha sido necesaria ? ¿ Una declaración de garantía ha sido firmada durante el proceso de solicitud de visa ?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí	Validez de: ..... a : ..... Nombre, apellidos, dirección, teléfono del garante: ..... Seguro de viaje contratado con la compañía : .....
<b>f) Si establecido en el cantón de Vaud:</b> Permiso de estancia :  Fecha de llegada al cantón de Vaud: ¿Ha contratado usted un seguro de enfermedad LAMal (AOS)? ( <i>assuré?</i> ) ( <i>Si oui, quel assureur et depuis quand</i> ) Si no, ¿por qué razón ? ( <i>si non, pourquoi</i> )  ¿Solicitud de afiliación a un seguro en trámite? ( <i>demande en cours?</i> )	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> afiliación denegada por el seguro <input type="checkbox"/> radiación por desaparición <input type="checkbox"/> recursos insuficientes <input type="checkbox"/> Sin domicilio fijo (SDF) <input type="checkbox"/> otras razones : ..... <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí	Tipo de permiso: ..... Validez : ..... Nombre del seguro : ..... Inicio de la afiliación : ..... Fecha de la solicitud : ..... Nombre del seguro : ..... ¿Solicitud de subsidio?: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí
<b>g) Actividad profesional</b> ( <i>activité professionnelle</i> )	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí	Tipo de actividad:.....
<b>h) Situación financiera</b> ( <i>Situation financière</i> ) Fortuna ( <i>fortune</i> ) Ingresos ( <i>revenu</i> ) Ingresos del cónyuge ( <i>revenu du conjoint</i> )  Ayuda de terceras personas ( <i>aide de tiers</i> )	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí	Importe : ..... Importe mensual : ..... Importe mensual : ..... Tipo de actividad:..... Tipo de ayuda : .....
<b>i) Hijo(s) u otra(s) persona(s) a cargo del paciente</b> ( <i>enfants ou personnes à charge du patient</i> )	Apellidos, nombre	Sexo    Fecha de nacimiento
<b>j) Envío de dinero al país</b> ( <i>envoi d'argent</i> )	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Importe y periodicidad : .....

<b>6. PARTICIPACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE O DE SU GARANTE (ARREGLO TRANSACCIONAL)</b>		
• ¿Se ha fijado algún arreglo ?	<input type="checkbox"/> no (indicar las razones en la rúbrica 7)	<input type="checkbox"/> sí
• Si ha lugar, ¿cuál es el importe total ?	Fr. ....	
• ¿Cuáles son las modalidades ?	Fr. .... cada ..... durante.....	

El/la abajo firmante certifica que las informaciones previamente mencionadas son exactas y confirma comprometerse a participar económicamente.

Lugar y fecha (*lieu et date*):

Firma del paciente (*signature*):

**Solicitud de garantía LASV para la cobertura de gastos de hospitalización y de asistencia médica de urgencia y necesaria**

**7. INFORMACIONES COMPLEMENTARIAS**

Explicar las circunstancias relativas a la estancia, a la situación familiar, a la condición económica y al nivel de cobertura de seguro *(Info complémentaires)*

Lugar y fecha *(lieu et date)*: \_\_\_\_\_

Sello y firma del asistente social : \_\_\_\_\_

**8. ANEXOS : Adjuntar una copia de los siguientes documentos**

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• documento de identidad (si falta, indicar las razones)</li><li>• las personas con una visa de turista : página del pasaporte con la visa</li><li>• si un seguro de viaje ha sido contratado: contrato o certificado y denegación de cobertura de la compañía</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• otros documentos útiles :<br/>.....<br/>.....</li></ul> |
|--|---|

**Solicitud de garantía LASV para la cobertura de gastos de hospitalización y de asistencia médica de urgencia y necesaria**

<b>INFORMACIONES ESPECÍFICAS PARA UN PACIENTE « NIÑO »</b> <i>(completar sólo si se trata de un niño)</i>	
a) El niño vive : <i>(l'enfant vit avec)</i>	<input type="checkbox"/> con su madre <i>(mère)</i> <input type="checkbox"/> con su padre <i>(père)</i> <input type="checkbox"/> con su padre y su madre <i>(père et mère)</i> <input type="checkbox"/> otro <i>(autre)</i> : .....
b) El niño está escolarizado:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
c) Apellido y nombre del padre:	.....
d) Fecha de nacimiento del padre:	.....
e) Profesión actual del padre:	.....
f) Apellido y nombre de la madre:	.....
g) Fecha de nacimiento de la madre:	.....
h) Profesión actual de la madre:	.....
i) País de origen de los padres :	.....
j) Estado civil de los padres :	.....
k) Otros niños o personas a cargo de los padres: (apellido, nombre y año de nacimiento)	..... ..... .....
l) <u>Ahorros, fortuna:</u>	Fr. ....
m) <u>Ingresos :</u> Sueldo del padre: Sueldo de la madre : Otros ingresos:	Fr. .... Fr. .... Fr. ....
n) <u>Cargas:</u> Alquiler y/o pensión alimenticia (parte a su cargo): Envío de dinero al país :	Fr. .... <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí      importe y periodicidad: .....
o) <u>Participación a los gastos :</u> ¿Con qué importe los padres pueden contribuir a los gastos de asistencia médica de su hijo ? - Para cada consulta: - Para la hospitalización :	Fr. .... Fr. .... al mes durante ..... meses.
p) <u>Observaciones :</u>	

El/la abajo firmante certifica que las informaciones previamente mencionadas son exactas y confirma comprometerse a participar económicamente.

Lugar y fecha *(lieu et date)*:

Firma del padre, de la madre o del garante *(signature)*:

.....