



Service des assurances sociales et de l'hébergement
 Bâtiment administratif
 de la Pontaise
 Av. des Casernes 2
 1014 Lausanne

DEMANDE DE GARANTIE LASV POUR LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'HOSPITALISATION ET DE SOINS D'URGENCE ET ESSENTIELS

au sens de l'art. 8, al.2 de la LASV (Loi sur l'action sociale vaudoise) et de l'art. 4 de la Convention administrative SASH-CHUV.

Important : ce document est une demande d'aide aux services sociaux pour que l'hôpital soit remboursé en tout ou partie. Le SASH garantit la confidentialité des données, par analogie à l'article 33 LPGA et ne les transmet pas à d'autres services.

1. CARTE ADMINISTRATIVE DU PATIENT

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

2. DECLARATION

Je soussigné, ne pouvant pas payer entièrement mes frais d'hospitalisation et/ou de soins (ou ceux de mon enfant) :

- demande l'aide du Service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH) au sens de l'art. 8 al.2 de la LASV (Loi sur l'action sociale vaudoise) ;
- m'engage, sur demande du SASH, à signer toute procuration permettant d'obtenir des informations sur ma situation financière ;
- donne mon accord à la transmission par l'établissement au Médecin cantonal sur demande du SASH, des informations médicales nécessaires à l'attestation de l'urgence et de la nécessité des soins au sens de l'art. 4 de la Convention administrative ;
- ai pris note que cette aide est subsidiaire à la déclaration de prise en charge signée dans le cadre d'une demande de visa, à ma participation possible, à ma fortune mobilière ou immobilière, aux prestations des assurances sociales et aux autres prestations sociales fédérales, cantonales, communales ou privées ainsi qu'à l'entretien prodigué par ma famille et ses membres (art. 3 LASV) ;
- ai pris note que je suis tenu au remboursement de cette aide si je l'ai obtenue indûment ou si j'entre en possession d'une fortune mobilière ou immobilière ;
- ai pris note que celui qui aura trompé l'autorité par des déclarations inexactes, aura omis de lui fournir les informations indispensables ou ne lui aura pas fourni les informations par elle requises, est passible d'une amende de fr. 10'000.- au plus (art. 75 LASV).

Lieu et date :

Signature du requérant ou de son représentant légal :

3. TYPE DE FRAIS

- | | |
|--|---|
| • frais de soins et d'hospitalisation - enfant | <input type="checkbox"/> n° de séjour : |
| • frais de soins ambulatoires chroniques et/ou lourds - adulte | <input type="checkbox"/> n° de séjours* : |
| • frais d'hospitalisation - adulte | <input type="checkbox"/> n° de séjour : |
| • frais de soins ambulatoires liés à l'hospitalisation ci-dessus | <input type="checkbox"/> n° de séjours* : |
| • frais de transport et rapatriement | <input type="checkbox"/> |

* Lorsque le n° de séjour n'est pas encore connu au moment de la demande, à transmettre à la facturation de l'hôpital dès que connu.

4. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES DU FOURNISSEUR DE SOINS

Date de début de l'hospitalisation :	.....
Date de fin de l'hospitalisation ou durée probable :	.....
Le rapatriement du patient non domicilié sur Vaud serait-il médicalement envisageable ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Dépôt fait par le patient (si pas mentionné sur carte administrative) :	Fr.
Assurance éventuelle : (assurance-maladie et/ou accident, RC, assurance-voyage, autre)	.....
Si accident, quelles causes ?	.....
Autre tiers responsable ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, lequel :
Demande présentée par : Service social : nom et tél. de la personne de contact :	Facturation : nom et tél. de la personne de contact :
Date :	Date :

Demande de garantie pour la prise en charge des frais d'hospitalisation et de soins d'urgence et essentiels

5. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES DU PATIENT (pour un enfant, ne remplir que les rubriques : a, d, e, f)		
a) Origine (commune ou canton ou pays) : si pas mentionné sous point 1	.....
b) Etat civil actuel : si pas mentionné sous point 1	.....
c) Conjoint(e) ou compagnon(e) s'il(elle) vit en Suisse : Nom, prénom et date de naissance :	.....
d) Si étranger : Type de séjour en Suisse :	<input type="checkbox"/> étranger de passage / touriste (remplir rubrique e)	<input type="checkbox"/> établi sur Vaud (remplir rubrique f)
e) Si étranger de passage / touriste : personne ou adresse de contact en Suisse : Nom, prénom, adresse, téléphone, parenté : Un visa a-t-il été nécessaire ? Déclaration de prise en charge signée lors de la demande de visa ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Validité du : au : Nom, prénom, adresse, téléphone du garant : Assurance-voyage conclue avec :
f) Si établi sur Vaud : Autorisation de séjour : Date d'arrivée dans le canton de Vaud : Etes-vous assuré LAMal (AOS) ? Si non, pour quelle raison ? Demande d'affiliation en cours ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> refus d'affilier de l'assureur <input type="checkbox"/> ressources insuffisantes <input type="checkbox"/> autre : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Type de permis : Echéance : Nom de l'assurance : Date début d'affiliation : <input type="checkbox"/> radié pour disparition <input type="checkbox"/> SDF Date de la demande : Après de quelle assurance : Demande de subside déposée ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
g) Activité professionnelle	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Type d'activité :
h) Situation financière Fortune Revenu Revenu du conjoint Aide de tiers	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	montant : montant mensuel : montant mensuel : Type d'activité : Nature de l'aide :
i) Enfant(s) ou personne(s) à charge vivant avec le patient	Nom, prénom Sexe	Né le
j) Envoi d'argent au pays	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	montant et périodicité :
6. PARTICIPATION FINANCIERE DU PATIENT OU DE SON GARANT (REGLEMENT TRANSACTIONNEL)		
• Y a-t-il un règlement convenu ?	<input type="checkbox"/> non (en préciser les raisons dans rubrique 7) <input type="checkbox"/> oui	
• Si oui, pour quel montant total :	Fr.	
• Quelles en sont les modalités ?	Fr. par durant	

Je soussigné(e) certifie l'exactitude des informations ci-dessus et confirme les engagements pris pour la participation financière.

Lieu et date :

Signature du patient :

.....

Demande de garantie pour la prise en charge des frais d'hospitalisation et de soins d'urgence et essentiels

7. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Expliciter la situation de séjour, familiale, financière et asséculoologique.

Lieu et date :

Timbre et signature de l'assistant-e social-e :

8. ANNEXES : joindre une copie des documents suivants

- pièce d'identité (si non disponible, en indiquer les raisons)
- pour les personnes avec un visa touristique : page du passeport avec le visa
- si assurance-voyage : contrat ou attestation et courrier de refus de la compagnie

• autres documents utiles :

.....
.....

Demande de garantie pour la prise en charge des frais d'hospitalisation et de soins d'urgence et essentiels

9. RENSEIGNEMENTS SPECIFIQUES POUR UN PATIENT "ENFANT" ne remplir cette page 4 que pour un enfant	
a) L'enfant vit :	<input type="checkbox"/> avec sa mère <input type="checkbox"/> avec son père <input type="checkbox"/> avec son père et sa mère <input type="checkbox"/> autre :
b) L'enfant est scolarisé :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
c) Nom et prénom du père :	.....
d) Date de naissance du père :	.....
e) Profession actuelle du père :	.....
f) Nom et prénom de la mère :	.....
g) Date de naissance de la mère :	.....
h) Profession actuelle de la mère :	.....
i) Pays d'origine des parents :	.....
j) Etat civil des parents :	.....
k) Autre(s) enfant(s) ou personne(s) à charge des parents : Nom, prénom et année de naissance :	..... ..... ..... .....
l) <u>Epargne, fortune</u> :	Fr.
m) <u>Revenus</u> :	
Salaire du père :	Fr.
Salaire de la mère :	Fr.
Autre(s) revenu(s) :	Fr.
n) <u>Charges</u> :	
Loyer et/ou frais de pension (part à leur charge) :	Fr.
Envoi d'argent au pays :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui montant et périodicité :
o) <u>Participation aux frais</u> :	
Quel montant les parents peuvent-ils verser pour les soins de leur enfant ?	
- par consultation :	Fr.
- pour l'hospitalisation :	Fr. par mois durant mois.
p) <u>Remarques</u> :	

Je soussigné(e) certifie l'exactitude des informations ci-dessus et confirme les engagements pris pour la participation financière.

Lieu et date :

Signature du père, de la mère ou du représentant légal :

.....