



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

*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 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'article 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 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 d'hospitalisation – adulte et enfant
- frais de soins ambulatoires liés à l'hospitalisation ci-dessus
- frais de transport et rapatriement

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 ?	Non / Oui
• Dépôt fait par le patient (si pas mentionné sur carte administrative)	Fr.
• Assurance éventuelle (assureur maladie-accident, RC, voyage, autre)	Nom de l'assureur :
• Si accident, quelles causes ?	
• Autre tiers responsable ?	Non/Oui Si 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

5. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES DU PATIENT (pour un patient enfant, ne remplir que 5a, 5e, 5f, 7 et 9)	
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 et prénom - Date de naissance	..........
d) Si étranger de passage, personne ou adresse de contact en Suisse, parenté ? Nom, adresse, téléphone Garantie signée lors de demande de visa ?	..... ..... Oui/Non Si Oui , Nom adresse téléphone du garant : Assurance-voyage conclue avec :
e) Si étranger - séjour en Suisse - si établi sur VD, autorisation de séjour - échéance du permis - date d'arrivée dans le canton de Vaud	touriste de passage établi sur Vaud non..... oui...; Type de permis.....
f) Si établi sur VD : assurance maladie LAMal (AOS) Etes-vous assuré ? Si oui : quel assureur et depuis quand ? Si non, pour quelle raison ? Demande d'affiliation en cours ?	non..... oui refus d'affilier de l'assureur; exclu AOS pour disparition; ressources insuffisantes; SDF; autre..... non..... oui...; si oui, à quelle date ?..... Auprès de quel assureur ? : Demande de subside déposée ? non..... oui...;
g) Activité professionnelle	non..... oui..... Si oui laquelle.....
h) Situation financière Fortune Revenu Revenu du conjoint Aide de tiers	non..... oui...; si oui combien :..... non..... oui...; si oui combien :..... non..... oui...; si oui combien :..... Quelle activité :..... non..... oui...; si oui de quelle sorte.....
i) Enfant (s) ou personne à charge vivant avec le patient	Nom, prénom Sexe Né le
j) Envoi d'argent au pays	non..... oui...; si oui combien :.....

6. PARTICIPATION FINANCIERE DU PATIENT OU DE SON GARANT (REGLEMENT TRANSACTIONNEL)

- | | |
|-----------------------------------|--|
| • Y a-t-il un règlement convenu ? | non (en préciser les raisons dans rubrique 7)... 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

.....

.....

7. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

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

8. ANNEXES

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• si étranger : copie de la pièce d'identité (si non disponible, en indiquer les raisons)• pour les personnes avec un visa touristique, copier également la page du passeport avec le visa• si assurance, copie du contrat et du refus de la compagnie | <ul style="list-style-type: none">• autres documents utiles |
|--|---|

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

9. RENSEIGNEMENTS SPECIFIQUES POUR UN PATIENT "ENFANT" (ne remplir cette page 4 que pour un enfant)	
a) L'enfant vit :	avec sa mère avec son père avec son père et sa mère autre :
b) L'enfant est scolarisé	Oui Non
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) Autres enfants ou personnes à charge des parents (nom, prénom et année de naissance)	..... ..... .....
l) <u>Epargne, fortune</u>	Fr.
m) <u>Revenus :</u>	Fr.
Salaire de la mère	Fr.
Autre revenu	Fr.
n) <u>Charges :</u>	
Loyer et/ou frais de pension (part à leur charge)	Fr.
Envoi d'argent au pays	Fr.
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 répondant légal

.....

.....