



Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

Direction de l'accompagnement
et de l'hébergement (DIRHEB)

Unité Constructions (UCO)

BAP - Av. des Casernes 2
1014 Lausanne

UCO – FOR	Auteur(s) :
Version: 01 Date: 01.02.21	DGCS DIRHEB UCO

ANNONCE D'INTENTION DE PROJET POUR LA CREATION OU LA TRANSFORMATION DE CENTRES D'ACCUEIL TEMPORAIRES (CAT) EXTRA-MUROS

Ce formulaire doit être transmis par courriel ou par poste au Pôle Gériatrie et psychiatrie de l'âge avancé pour préavis.
Il doit être accompagné de la validation du besoin par le réseau de santé concerné.

Adresse électronique : cat.dgcs@vd.ch

Adresse postale :

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)
Direction de l'accompagnement et de l'hébergement (DIRHEB)
Pôle Gériatrie et psychiatrie de l'âge avancé (PGPA)
BAP - Av. des Casernes 2
1014 Lausanne

L'annonce d'intention de projet est disponible sur le site Internet de l'Etat de Vaud :
<https://www.vd.ch/themes/sante-soins-et-handicap/pour-les-professionnels/construire/>

Données générales

Nom de l'entité juridique de l'exploitant :

Adresse :

Code postal, commune :

Personne de contact

Nom, prénom :

Fonction :

Téléphone :

Adresse électronique :

Objet

Création d'un CAT

Transformation d'un CAT

Changement de mission

Modification du nombre des places

Lieu

Création d'un CAT

Lieu envisagé :

Adresse :

Code postal, commune :

Transformation d'un CAT

Nom du CAT :

Adresse :

Code postal, commune :

Annnonce d'intention de projet CAT extra-muros

Mission

Gériatrie (GER)
Psychiatrie de l'âge avancé (PAA)
Mixte GER/PAA
CAT de nuit

Nombre de places

Création d'un CAT

Nombre de places envisagé :

Transformation d'un CAT

Nombre de places autorisé :
Nombre de places futur :
Ecart de places :

Planification

Date envisagée pour la mise en exploitation :

Validation du besoin

Le réseau de santé concerné doit formellement valider le besoin.

Points particuliers et validation du représentant de l'exploitant

Points particuliers :

Nom, prénom :
Fonction :
Date :

Préavis du Pôle Gériatrie et psychiatrie de l'âge avancé

(à remplir par l'administration cantonale)

Nom, prénom :
Fonction :
Date :

Préavis positif :
Préavis négatif :

Remarques :