

A la **Résidence Les Sources Sàrl** - Rue de l'Envers 29 - CH-2605 Sonceboz-Sombeval

T. 032 489 21 04 F. 032 489 21 49 – Mobile 079 251 22 91

contact@residencelessources.ch (ci-après la Résidence)

1. Offre d'encadrement

La Résidence est un « domicile accompagné », un lieu de vie où les besoins de base des résidents sont satisfaits (alimentation, ménage, gestion de l'argent de poche, hygiène, ...). Nous offrons un encadrement léger, non permanent et non thérapeutique. Des activités d'occupation sont proposées aux résidents qui ne travaillent pas à l'extérieur, en regard de leurs compétences et de leur intérêt. L'investissement des résidents dans une activité est souhaité, toutefois nos ateliers n'ont pas de caractère obligatoire.

2. Utilisation des données

Les données récoltées sont destinées à la coordination de l'accompagnement interne à la Résidence. Elles peuvent toutefois être partagées avec les partenaires du réseau, si cela s'avère nécessaire. L'accord des personnes concernées est demandé pour l'utilisation de photos ou anecdotes personnelles à des fins promotionnelles.

En tant que représentant légal, je souhaite être systématiquement informé d'une telle démarche.

3. Données personnelles du résident (ci-après le résident)

NOM		Prénom	
Date de naissance		N° AVS	
Etat civil		Lieu d'origine	
Confession		Domicile légal	

4. Coordonnées de réseau

<i>Représentant légal ou assistance sociale</i>			
<input type="checkbox"/> Curatelle, type : <input type="checkbox"/> Prolongation de l'autorité parentale <input type="checkbox"/> Service social			
NOM, Prénom		Natel	
N° Téléphone		Mail	
Adresse			
<i>Contact familial</i>			
NOM, Prénom		N° Téléphone	
Lien de parenté		Mail	
Adresse			
<i>Médecin traitant</i>			
NOM, Prénom		N° Téléphone	
Lieu		Mail	
<i>Psychiatre</i>			
NOM, Prénom		N° Téléphone	
Lieu		Mail	
<i>Dentiste</i>			
NOM, Prénom		N° Téléphone	
Lieu		Mail	
<i>Autre thérapeute</i>		Fonction	
NOM, Prénom		N° Téléphone	
Lieu		Mail	

5. Coordonnées d'assurances

<i>Assurance maladie</i>			
NOM		N° Assuré	
Adresse			
<i>Assurance accident</i>			
<input type="checkbox"/> Accidents prof. (si travaille)		NOM	
<input type="checkbox"/> Acc. non prof. (privée/employeur dès 8h semaine)		NOM	
N° Assuré		Adresse	
<i>Assurance responsabilité civile (conformément à l'article 17 du règlement de maison, chaque résidant répond des dommages qu'il cause à la Résidence. Nous recommandons donc vivement une couverture RC)</i>			
NOM		N° Police	
Adresse			
<i>Assurance ménage (l'assurance collective de la Résidence ne couvre pas les effets personnels)</i>			
NOM		N° Police	
Adresse			
<i>Assurance invalidité</i>			
<input type="checkbox"/> OUI		<input type="checkbox"/> NON	Taux de la rente
Office compétent			

6. Médicaments

6.1. Gestion du traitement médicamenteux par la Résidence (traitement de substitution voir point 6.4)

Le résidant est-il sous traitement médicamenteux ? OUI NON

La gestion du traitement médicamenteux, est en principe assurée par l'intermédiaire de l'institution, sous la responsabilité de SASDOVAL. Toutefois, le résidant a la possibilité de gérer ses médicaments de façon autonome, s'il en fait la demande (voir point suivant) et si son médecin traitant donne son accord. La préparation des médicaments est assurée par SASDOVAL et les distributions (4x par jour, aux repas, puis pour la nuit) par le personnel de l'institution. En cas d'absence, le résidant a la possibilité, en accord avec son médecin, d'obtenir des boîtes avec la médication d'un ou de plusieurs jours. **Afin d'assurer le suivi et une collaboration optimale, la Résidence se réserve le droit de contacter les médecins.**

⇒ Si la gestion du traitement médicamenteux est assurée par la Résidence passez au point 6.3.

6.2. Gestion autonome du traitement médicamenteux par le résidant

Le résidant souhaite, en relation directe avec son médecin traitant, gérer de manière autonome son traitement médicamenteux. **En cas de suivi autonome du traitement, la Résidence Les Sources Sàrl se décharge de toute responsabilité.**

Accord pour la gestion autonome du traitement médicamenteux

Lieux, dates et signatures

Le résidant

Le représentant légal du résidant

Le médecin traitant :



DEMANDE D'ADMISSION

Données complémentaires :
La forme masculine a été utilisée par mesure de simplification, merci d'y associer la forme féminine

Date mise à jour : 05.06.2023

Validation : 14.04.2015

Document : FRA1_Demande_admission.docx

Page 4 sur 5

6.4.3. Gestion du traitement de substitution à l'extérieur de la Résidence

- Le résidant souhaite prendre son traitement de substitution dans une institution agréée à l'extérieur de la Résidence. **Nom de l'institution :**..... Une collaboration sera mise en place avec ladite institution afin d'assurer le suivi régulier du traitement. La Résidence prendra régulièrement contact avec l'institution pour s'assurer que tout se déroule comme cela a été convenu. L'institution devra aviser immédiatement la Résidence si le traitement n'est pas suivi, ou pas suivi régulièrement.
- Le traitement de substitution est pris chez le médecin traitant, sous la responsabilité du médecin traitant.

Accord pour la gestion du traitement de substitution à l'extérieur de la Résidence.

Lieux, dates et signatures

Le résidant :

Le représentant légal du résidant :

Le médecin traitant :

Institution agréée :

6.5. Libération du secret médical. Le résidant libère son/ses médecin(s) du secret médical et autorise la Résidence à prendre toute information utile auprès de lui.

6.6. **Sanctions :** La consommation, la possession et le trafic de stupéfiants, ainsi que la consommation abusive d'alcool ou de médicaments sont sanctionnés conformément aux chiffres 14, 19 & 21 du règlement de maison.

7. Motivations

Raisons de la demande

.....

.....

.....

.....

.....

Objectifs du placement

.....

.....

.....

.....

.....

8. Durée du placement

Date d'entrée souhaitée :

Durée du placement :

Remarques :



DEMANDE D'ADMISSION

Données complémentaires :
La forme masculine a été utilisée par mesure de simplification, merci d'y associer la forme féminine

Date mise à jour : 05.06.2023

Validation : 14.04.2015

Document : FRA1_Demande_admission.docx

Page 5 sur 5

Bien que la liberté d'établissement soit garantie en Suisse, par votre signature vous vous engagez à faire votre possible pour orienter les tentatives de retour à l'autonomie vers d'autres localités que Sonceboz.

9. Précédente(s) activités professionnelles :

.....
.....

10. Activité d'occupation souhaitée

.....

11. Rémunération du travail d'occupation

Le travail d'occupation est rémunéré. Le résidant occupé à la Résidence est assuré pour les accidents professionnels auprès de la SUVA et non professionnels, s'il travaille plus de 8 heures par semaine. L'obligation d'effectuer des travaux d'occupation et le droit d'en obtenir rémunération prennent fin automatiquement au plus tard lorsque le résidant quitte le foyer ou atteint l'âge de la retraite.

12. Signalétique d'orientation

La signalétique d'orientation comprend l'indication du nom et prénom de chaque résidant sur la porte de sa chambre, ainsi que sur un plan de situation qui est placé dans le hall d'entrée de l'institution. Si vous ne souhaitez pas que votre nom figure dans la signalétique, veuillez svp le spécifier. Je ne souhaite pas que mon nom figure dans la signalétique.

13. Vidéosurveillance

Par mesure de sécurité préventive, les accès du site de la Résidence Les Sources, ainsi que les principaux endroits stratégiques des lieux communs sont sous vidéosurveillance.

14. Résiliation ordinaire

Les deux parties peuvent résilier le contrat pour la fin d'un mois, moyennant un délai de 30 jours. Pour le surplus, se référer au règlement de maison.

15. Dispositions finales

En signant ce document, les signataires attestent fournir des informations conformes à la vérité et actuelles, et confirment leur demande d'une admission à la Résidence Les Sources. Ils se rendent également disponibles pour le cas d'une recherche d'informations complémentaires.

Le règlement de maison de la Résidence Les Sources fait partie intégrante du présent contrat (version révision 2021).

[À remplir par la Résidence Règlement distribué OK]

Par sa signature, le résidant confirme avoir compris le présent contrat et reçu et compris le règlement de maison.

- ✓ Si vous avez coché les points 6.2 et/ou 6.4.3 veuillez à obtenir l'accord de votre médecin et sa signature aux endroits réservés à cet effet.
- ✓ Si vous êtes sous traitement de substitution, veuillez à nous fournir (au plus tard 14 jours après l'admission) un certificat médical attestant que vous ne consommez plus et qu'un programme de rétablissement est suivi. La Résidence se réserve le droit d'en demander un directement au médecin traitant si elle ne devait pas le recevoir dans les délais.

Mit seiner Unterschrift bestätigt der Pensionsgast daß er den Vertrag verstanden hat und daß er die Hausordnung bekommen und verstanden hat.

Le contrat est établi en 3 exemplaires, un pour chaque partie. Lieux, dates et signatures :

Résidence Les Sources Sàrl

Le résidant

.....

Le représentant légal du résident

.....