

Court séjour provisoire

Liste de choix de foyers de soins de longue durée

Patient _____

(Nom de famille, prénom)

Numéro de carte
Santé

Code de
version

Veillez choisir jusqu'à cinq foyers de soins de longue durée (FSLD) pour des courts séjours provisoires et les classer par ordre de préférence. Le nom de l'auteur de la demande sera ajouté aux listes d'attente des foyers choisis s'il est admissible et si les FSLD en question sont en mesure de fournir les soins requis. Le Services de soutien à domicile et en milieu communautaire vous informera de l'admissibilité. Les lits de court séjour provisoires sont disponible à tous les patients hospitalisés ayant besoin d'un ANS/de SLD.

Ordre de préférence (1-5)	Ville	Centre	Choisir le type de chambre
	Ottawa (Nepean)	Carleton Lodge	<input type="checkbox"/> De base
	Stittsville	Extendicare – Crossing Bridge (S) (remplacera Extendicare West End Villa au printemps 2024)	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> À deux lits
	Ottawa	Extendicare - Laurier Manor	<input type="checkbox"/> De base
	Ottawa	Extendicare - West End Villa (sera remplacé par Extendicare – Crossing Bridge au printemps 2024)	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> À deux lits
	Ottawa (Kanata)	Forest Hill	<input type="checkbox"/> De base
	Ottawa	Peter D. Clark (S)	<input type="checkbox"/> De base
Ordre de préférence	Ville	Ouest	Choisir le type de chambre
	Deep River	Four Seasons Lodge	<input type="checkbox"/> De base
	Kemptville	Hôpital du district de Kemptville	<input type="checkbox"/> De base
	Renfrew	Groves Park Lodge	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> À deux lits <input type="checkbox"/> Individuelle
	Pembroke	Marianhill	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> À deux lits <input type="checkbox"/> Individuelle

(S) = Unité sécurisée

TARIFS D'HÉBERGEMENT

Tarifs actuels (1^{er} juillet 2023 – assujettis à une augmentation annuelle)

De base (1986,82 \$/mois) **À deux lits** (2395,32 \$/mois) **Individuelle** (2838,49 \$/mois)

Court séjour provisoire

Liste de choix de foyers de soins de longue durée

Patient

(Nom de famille, prénom)

Numéro de carte
Santé

Code de
version

Le résident d'un FSLD dont le revenu est insuffisant pour payer le taux de quote-part complet (c.-à-d. dont le revenu est inférieur au maximum des frais de logement de base et de l'allocation de menues dépenses) pourrait être admissible à une réduction du montant de la quote-part. C'est ce qu'on appelle la « réduction de tarif » et elle n'est offerte qu'aux résidents logés dans une chambre de base.

Le résident d'un FSLD est tenu de payer les frais de logement applicables pour la durée de son séjour. S'il a un mandataire spécial (MS) qui est légalement autorisé à prendre des décisions financières pour lui, cette personne doit s'acquitter de cette obligation pour le compte du résident.

- Je comprends que si je veux une chambre à deux lits ou individuelle, aucune subvention ou réduction de tarif n'est offerte.
- En signant ce formulaire de choix de FSLD, je confirme avoir pris connaissance des différents coûts liés aux chambres de base, à deux lits et individuelles dans les FSLD de mon choix.
- Si mon MS pour les biens prend actuellement des décisions financières pour moi, je confirme l'avoir consulté, qu'il est au courant de ce qui précède et qu'il est d'accord.

CONSENTEMENT AU PLACEMENT

- Je consens à ce que le Services de soutien à domicile et en milieu communautaire de Champlain, en tant que coordonnateur des placements désigné, puisse divulguer mes renseignements personnels sur la santé au FSLD de mon choix.
- Je reconnais avoir été informé des raisons pour lesquelles ces renseignements sont nécessaires et je les comprends. Je comprends que le Services de soutien à domicile et en milieu communautaire de Champlain mettra à jour cette information et la transmettra à d'autres Service de soutien à domicile et en milieu communautaire, aux autres professionnels de la santé participant à la prestation de mes soins et au FSLD de mon choix.
- Je comprends que je peux retirer mon consentement à tout moment.

**Patient/mandataire
spécial :**

Signature

Nom en lettres moulées

Jour/Mois/Année

**Mandataire
spécial, veuillez
remplir ce qui suit :**

Lien avec le patient

Procureur au soin de
la personne

Tuteur et curateur
public