

- Structure d'hébergement communautaire transitoire
- Soutien communautaire d'intensité variable - Equipe mobile
- Accueil de jour - Centre d'activité orienté sur le rétablissement

## Identité

Nom	Prénom
Sexe	Date d'admission souhaitée
Date de naissance	Lieu de naissance
Etat civil	Profession
Origine	Nationalité
Domicile légal	
No AVS	
Assurance maladie	No d'assuré

## Droits sociaux

<p>Êtes-vous au bénéfice de l'AI <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>si oui, déposée le .....</p> <p>si non, demande en cours <input type="checkbox"/> oui</p> <p>si non, date du refus .....</p>	<p>Êtes-vous au bénéfice des PC <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>si non, demande en cours <input type="checkbox"/> oui</p> <p>déposée le .....</p> <p>si non, raison <input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> excédent, montant</p> <p style="text-align: center;">CHF</p>
<p>Êtes-vous au bénéfice d'une allocation pour impotence <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>si oui, déposée le .....</p> <p>si non, demande en cours <input type="checkbox"/> oui</p> <p>si non, date du refus .....</p>	<p>Êtes-vous au bénéfice d'une rente LAPRAMS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
<p>Êtes-vous au bénéfice du RI <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>si oui, CSR de .....</p>	

---

## Logement

### Où vivez-vous actuellement ?

à domicile (préciser l'adresse)

Le bail est-il à votre nom  oui  non

dans un autre foyer (préciser lequel)

à l'hôpital (préciser lequel)

je n'ai pas de domicile fixe

je cherche un appartement

oui

Êtes-vous en possession de la carte verte  non

demande en cours

autre

oui - Si oui, préciser laquelle et joindre une copie de la police

Assurance RC

non

---

## Gestion administrative et financière

### Curateur

Curateur SCTP (nom, prénom, adresse, no de téléphone, email)  
(joindre une copie de l'acte de nomination)

Type de curatelle

d'accompagnement

représentation et gestion

de portée générale

Curateur privé (nom, prénom, adresse, no de téléphone, email)  
(joindre une copie de l'acte de nomination)

## Mesures civiles

Mesures ambulatoires

---

Placement à fin d'assistance - PAFA ([joindre ordonnance](#))

---

## Mesures pénales

Type de mesure, merci de préciser

---

## Famille, entourage

Avez-vous une personne de référence (nom, prénom, adresse, no de téléphone, email)

Représentant thérapeutique

---

Personne vivant avec (nom, prénom, adresse, no de téléphone, email)

Représentant thérapeutique

---

## Réseau professionnel

Avez-vous / avez-vous eu un médecin généraliste (nom, prénom, adresse, no de téléphone, email)?

---

Avez-vous / avez-vous eu un médecin psychiatre (nom, prénom, adresse, no de téléphone, email)?

---

Avez-vous / avez-vous eu un autre(s) professionnel(s) de référence (nom, prénom, adresse, no de téléphone, email)?

Case manager liaison- hébergement

---

Polyclinique ambulatoire de Chauderon - consultation K.Jaspers

---

Polyclinique ambulatoire de Chauderon - consultation E. Minkowski

---

Unité de psychiatrie mobile - suivi intensif dans le milieu

---

Service de médecine des addictions

---

autre

---

Avez-vous / avez-vous eu une assistante sociale (nom, prénom, adresse, no de téléphone, email)?

---

Avez-vous une autre personne qui vous accompagne dans la gestion de votre vie au quotidien?  
(nom, prénom, adresse, no de téléphone, email)

---

Commentaires

Personne utilisatrice     Personne en charge de la curatelle     Personne responsable administrative

---

Racontez-nous brièvement votre histoire de vie

---

Selon vous, quelle est votre problématique ?

---

Quel est votre projet de rétablissement ?

---

Quelles sont vos ressource(s) personnelle(s) ou facteurs(s) de protection ?

---

Quels sont vos facteur(s) de risque (potentiel(s) ou avéré(s) ?

---

Rédigé par:

---

Date:

Signature:

---



## Envoi du document

Merci de signer électroniquement la **page 6** et de nous envoyer le formulaire par email à:

**[admissions@lerotillon.ch](mailto:admissions@lerotillon.ch)**

Vous pouvez également imprimer le document, le signer et nous l'envoyer par courrier postal à:

### **Le Rôtillon**

Rue du Rôtillon 5

1003 Lausanne

Nous vous rendons attentif au fait que le présent formulaire doit être dûment **rempli** et **signé** afin de pouvoir être validé par le Rôtillon dans les meilleurs délais.

Merci de votre collaboration!



---

Favorable  Préavis défavorable (en expliquer brièvement les raisons)

---

## Entretien d'admission - décision CODIR

Admission validée

---

Date d'entrée le:

---

Contrat d'hébergement envoyé le:

---

Admission refusée (en expliquer brièvement les raisons)

---

Date

Signature