### Convention intercantonale relative aux institutions sociales (CIIS)Office de liaison CIIS du canton de Berne

# Demande de garantie de prise en charge (GPCF)

|  |  |
| --- | --- |
| Renseignements sur l’institution | **Domaine CIIS** **[x]  B** |
| Nom |  |
| Rue, n° |  | Téléphone |  |
| NPA, lieu |  | Fax |  |
| Secteur / emplacement |  | Courriel |  |
| Offre sur la liste des foyers médicalisés | [ ]  oui [ ]  non |  |  |

## Renseignements sur la personne

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom |  | Prénom |  |
| Date de naissance |  | Sexe |  |
| N° d’assurance sociale |  | Nationalité |  |
| Renseignements sur l'invalidité |  | Degré d’impotence |  | Degré de soins |  |
| Domicile civil lors de la première entrée (hébergement)(rue, n°, NPA, lieu, canton) |  | Situation de logement avant entrée  |
| Domicile civil actuel (si structure de jour uniquement)(rue, n°, NPA, lieu, canton) |  |
| Forme de curatelle |  |
| Curateur / curatrice | Nom, adresse |  |
|  | Téléphone, courriel |  |
| Autre personne de contact | Nom, adresse |  |
|  | Téléphone, courriel |  |
|  | Fonction |  |

## Renseignements sur le séjour

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date d'entrée |  | Séjour planifié jusqu‘au  | [ ]  durée indéterminée |
| Début de la GPCF |  | Période d’essai, nombre de jours |  |

## Renseignements sur les prestations et la compensation des coûts

|  |  |
| --- | --- |
| **[ ]  Méthode F (forfait)** | **[ ]  Méthode D (couverture du déficit)** |
|  | Prestation 1 | Prestation 2 | Prestation 3 |
| Prestation/s |  |  |  |
| Unité de calcul |  |  |  |
| Charges nettes imputables | Fr. |  | Fr. |  | Fr. |  |
| Taux d’occupation |  |  |  |
| Lieu et date |  | Lieu et date |  |
| Institution: |  | Confirmation et consentement:L'adulte capable d’exercer les droits civils ou son représentant légal confirment les renseignements. Il/elle déclare accepter la demande de GPCF, en particulier l'utilisation liée à ce but des renseignements personnels. Les organes de l'assurance sociale sont autorisés à fournir les renseignements nécessaires au canton de domicile et au canton répondant. Personne habilitée à signer: |
| Nom, prénom |  | Nom, prénom |  |
|  |  |
| Signature | **……………………………………………………...** | Signature | **……………………………………………………...** |
|  |  | Berne, le |  |
|  | Office de liaison CIIS du canton de Berne |
|  |  |
|  |  |
|  |  | Signature | **……………………………………………………...** |
|  |  | Contact (nom) | Office de l'intégration et de l'action sociale (OIAS) |
|  |  | Téléphone | 031 633 78 84 |
|  |  | Courriel | **info.ivse@be.ch** |

## Remarques de l’office de liaison

|  |
| --- |
| **Envoyer la demande en 2 exemplaires avant l’entrée de la personne dans l’institution à la Direction de la santé, des affaires sociales et de l’intégration du canton de Berne, OIAS, Office de liaison CIIS, Rathausplatz 1, Case postale, 3000 Berne 8** |