



Liste de choix de foyers de soins de longue durée offrant un lit provisoire pour séjour de courte durée

Patient.e _____

(Nom de famille, Prénom)

Numéro de
carte Santé

Code de
version

Veillez choisir jusqu'à cinq foyers de soins de longue durée, parmi ceux dans la liste ci-dessous, offrant un lit provisoire pour séjour de courte durée, et les classer par ordre de préférence. Le nom de la personne qui fait la demande sera ajouté aux listes d'attente pour les foyers choisis, si elle est admissible et si les foyers choisis sont en mesure de fournir les soins requis. Santé à domicile Ontario confirmera la disponibilité des lits, le cas échéant. Tous les patients hospitalisés ayant besoin d'un autre niveau de soins sont admissibles à un lit provisoire pour séjour de courte durée dans un foyer de soins de longue durée.

Ordre de préférence (1 à 5)	Ville	Centre	Type de chambre
	Nepean	Carleton Lodge	<input type="checkbox"/> De base
	Ottawa	Extendicare Manoir Laurier	<input type="checkbox"/> De base
	Kanata	Forest Hill	<input type="checkbox"/> De base
	Ottawa	Centre Peter D. Clark (S)	<input type="checkbox"/> De base
Ordre de préférence	Ville	Ouest	Type de chambre
	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 Nursing Home	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> À deux lits <input type="checkbox"/> Individuelle
	Deep River	The Four Seasons Lodge	<input type="checkbox"/> De base

(S) = Unité sécurisée

FRAIS D'HÉBERGEMENT MENSUELS

Frais d'hébergement mensuels en date du 1^{er} juillet 2025 (sous réserve d'une augmentation annuelle) :

Chambre de base : 2 085,37 \$ **Chambre à deux lits** : 2 514,24 \$ **Chambre individuelle** : 2 979,32 \$

Les résidents de foyers de soins de longue durée qui occupent une chambre de base, dont le revenu est inférieur au maximum des frais d'hébergement de base et de l'allocation de menues dépenses, peuvent recevoir une réduction du montant de la quote-part. Appelée « **réduction de tarif** », cette subvention n'est offerte qu'aux résidents logés dans une chambre de base.

Le ou la résident.e qui occupe un lit provisoire pour séjour de courte durée dans un foyer de soins de longue durée est tenu.e de payer les frais d'hébergement applicables pour la durée de son séjour. Si cette personne a un mandataire spécial qui est légalement autorisé à prendre des décisions financières pour lui ou

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

elle, cette personne doit s'acquitter de cette obligation au nom du ou de la résident.e.

- Je comprends que si je veux une chambre à deux lits ou une chambre individuelle, aucune subvention ou réduction de tarif ne sera offerte.
- En signant ce formulaire, je confirme avoir pris connaissance des différents frais d'hébergement pour une chambre avec services de base, à deux lits et individuelle dans les foyers de soins de longue durée que j'ai choisis.
- Si mon mandataire spécial pour les biens prend des décisions financières pour moi à l'heure actuelle, 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 Santé à domicile Ontario, en tant que coordonnateur des placements désigné, divulgue des renseignements personnels sur ma santé aux foyers de soins de longue durée que j'ai choisis.
- Je reconnais avoir été informé.e des raisons pour lesquelles ces renseignements sont nécessaires, et je comprends ces raisons. Je comprends que Santé à domicile Ontario mettra à jour ces renseignements et les transmettra aux professionnels des soins de santé de Santé à domicile Ontario qui contribuent à mes soins ainsi qu'aux foyers de soins de longue durée que j'ai choisis.
- Je comprends que je peux retirer mon consentement à tout moment.

Patient.e ou mandataire spécial :	_____	_____	_____
	Signature	Nom en lettres moulées	Année/Mois/Jour

Mandataire spécial, veuillez remplir ce qui suit :	_____	<input type="checkbox"/> Procureur au soin de la personne	<input type="checkbox"/> Tuteur et curateur public
	Lien avec le ou la patient.e		