

## Détermination de la participation des assurés aux coûts des soins, conformément à l'article 19 de la loi sur les soins de longue durée du 14 septembre 2011

### 1. A compléter par l'assuré

#### a) Informations générales

Nom et prénom de l'assuré .....

N° AVS .....

Etat Civil .....

Adresse .....

NPA / Lieu .....

Bénéficiaire de l'aide sociale  
(si oui, pas de participation aux coûts des soins)

oui

non

#### b) Uniquement pour les personnes entrées en EMS après le 1<sup>er</sup> janvier 2015

Avez-vous effectué une donation ou un avancement d'hoirie durant les dix dernières années ?

oui

non

Dans l'affirmative, quelle est la valeur fiscale de l'attribution ?

(joindre pièces justificatives : copie des actes, conventions de partage, etc...)

Date de l'attribution : .....

#### c) Date et signature

Lieu et date : ..... Signature : .....

Par sa signature, l'assuré, respectivement son représentant légal, autorise le Service cantonal des contributions, sur requête du Service de la santé publique, à communiquer les informations relatives à la fortune fiscale ainsi qu'aux donations et avancements d'hoirie effectués par l'assuré.

### 2. A compléter par la commune de domicile

Fortune fiscale nette déterminante pour fixer le taux d'imposition telle qu'elle ressort de la dernière taxation fiscale entrée en force (chiffre 4400, à défaut chiffre 4100)

Année de taxation :

Timbre, signature et date de la commune

Date de la taxation :

### 3. A compléter par l'établissement

Fortune fiscale nette (Point 2) + donations ou avancements d'hoirie (Point 1b)

+

Déduction forfaitaire de Fr. 10'000.- par année sur les donations et avancements d'hoirie  
(nombre d'année déductible : année d'entrée en EMS ou de réévaluation - année de l'attribution)

-

Fortune nette =

Couples faisant l'objet d'une imposition commune : 50% de la fortune nette

-

Fortune nette déterminante =

**Participation de l'assuré aux coûts des soins**  
*La participation est déterminée selon l'échelle annexée*

%

Lieu et date : .....

Nom et signature de l'établissement : .....