

**INDEMNITE FORFAITAIRE
DEMANDE D'OCTROI**

Dossier N°

1. Personne impotente

Nom : Prénom :
Date de naissance : Etat civil : Sexe : F ☐ M ☐
Profession : Actif : oui ☐ non ☐ Taux d'activité :
Adresse :
NP Localité : Tél. :
Domiciliée à cette adresse depuis le
Domicile principal et fiscal dans le canton de Fribourg depuis le :
Domicile légal (lieu) : District :

2. Médecin traitant

Nom :
Adresse :
NP Localité : Tél. :

3. Actuellement bénéficiaire

D'un service infirmier oui ☐ non ☐
D'un service d'aide familiale oui ☐ non ☐
D'autres services oui ☐ non ☐ Préciser :

4. Personne aidante

Nom Prénom :
Date de naissance : Etat civil : Sexe : F ☐ M ☐
Profession : Actif : oui ☐ non ☐ Taux d'activité :
Adresse :
NP Localité : Tél. :
Lien de parenté :
Lien d'affection et de solidarité :
N° AVS :

5. Observations :

.....
.....

6. Autorisation

1. La personne impotente soussignée autorise, le cas échéant, la commission de district à prendre les renseignements nécessaires sur son compte auprès des assurances sociales ad hoc (par exemple allocation d'impotent AI, AVS, ou LAA9.
2. Le versement des indemnités n'aura lieu que sur présentation d'une facture trimestrielle (relevé de compte ci-annexé) adressée à la Commission de district de la Broye pour les soins et l'aide familiale, Le Piolet 34, 1470 Estavayer-le-Lac par la personne fournissant l'assistance au sens du règlement. Elle indiquera séparément les journées d'assistance effectuées par elle-même et celles de son remplaçant (art. 12 et 13 du règlement).

Les personnes soussignées ont pris connaissance des points ci-dessus et en acceptant toutes les conditions sans restriction

Lieu : Date :

Personne aidante :

Nom : Prénom :

Signature :

Personne impotente :

Nom : Prénom :

Signature :