

## INDEMNITE FORFAITAIRE POUR L'AIDE A DOMICILE DEMANDE D'OCTROI

Dossier N°

1. **PERSONNE IMPOTENTE** : Nom ..... Prénom .....

Date de naissance : ..... Etat civil : .....

Sexe : F  M

Actif : oui  non  Profession : ..... Pourcentage d'activité : ....%

Adresse : ..... Tél. : .....

Domicile légal : **papier déposé à** ..... **depuis le** : .....

Domicile fiscal : **paiement des impôts à** ..... **depuis le** : .....

Lieu de résidence : **habitation, hébergement à** ..... **depuis le** : .....

### 2. MEDECIN TRAITANT

Nom : ..... Adresse: .....

N° tél. : .....

### 3. ACTUELLEMENT BENEFICIAIRE

- d'un service infirmier oui  non

- d'un service d'aide familiale oui  non

- d'autres services oui  non

4. **PERSONNE AIDANTE** : Nom ..... Prénom .....

Date de naissance : ..... Etat civil : .....

Sexe : F  M

Actif : oui  non  Profession : ..... Pourcentage d'activité : ....%

Adresse : .....

Lien de parenté : ..... Tél. : .....

Lien d'affection et de solidarité : .....

**No d'AVS** : ..... Impôt à la source : oui  non

**5. ASSURANCES**

Assurance invalidité (AI) oui  non  Montant : Fr. ....  
Allocation d'impotence oui  non  Montant : Fr. ....  
Si non, demande en cours depuis le .....

**6. CURATELLE**

Personne impotente oui  non   
Personne aidante oui  non   
Si oui, nom et adresse : .....  
..... No de tél. ....

**7. OBSERVATIONS**

.....  
.....

---

**8. 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 pour impotent AI, AVS ou LAA).
2. Le versement des indemnités n'aura lieu que sur présentation d'une facture trimestrielle (relevé de compte) adressée à, **Réseau Santé de la Glâne, Indemnités forfaitaires 1681 Billens-Hennens** 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 acceptent toutes les conditions sans restriction.**

Lieu : ..... Date : .....

Personne aidante : Nom : ..... Prénom : ..... Signature : .....

Personne impotente : Nom : ..... Prénom : ..... Signature : .....