

Indemnité forfaitaire pour l'aide et les soins à domicile

DEMANDE D'OCTROI

Dossier N°

1. PERSONNE IMPOTENTE :

Nom: Prénom:

Date de naissance : Etat civil : Sexe: F M

Adresse: Rue et n° :

Code postal et localité:

☎ :

Domicile légal à cette adresse depuis le :

Domicile principal et fiscal dans le canton de Fribourg depuis le:

2. ACTUELLEMENT BENEFICIAIRE

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - d'un service infirmier | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - d'un service d'aide familiale | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - d'autres services | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

1. PERSONNE AIDANTE :

Nom: Prénom:

Date de naissance: Etat civil: Sexe: F M

Nationalité : N° AVS :

Pour les étrangers: Permis : (à remettre : copie du permis)

Adresse: Rue et n° :

Code postal et localité :

☎ :

Parents ou alliés (liens de parenté):
ou

Proches (lien durable d'affection et de solidarité):.....

4. OBSERVATIONS:

.....
.....

Le présent formulaire est à envoyer à :

La Commission du district du Lac
pour l'aide et les soins à domicile
Préfecture du Lac
3280 Morat

Il s'en suivra une évaluation faite par le Service Spitex compétent et une décision de la Commission de district.

En cas d'octroi d'une indemnité forfaitaire à la personne aidante, il sera compté un délai d'attente de 60 jours à partir de la date du dépôt de la demande auprès de la Commission de district.

Le montant de l'indemnité forfaitaire est fixé en fonction du degré de l'aide apportée à la personne impotente :

degré d'aide léger:	pas d'indemnités
degré d'aide moyen:	Fr. 15.-
degré d'aide importante:	Fr. 20.-
degré d'aide très important:	Fr. 25.-

La personne impotente soussignée autorise, le cas échéant, la Commission de district à prendre les renseignements nécessaires sur son compte auprès des instances compétentes (autorité communale, Service Spitex,...).

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

Lieu : **Date :**

Signature personne aidante :

Signature personne impotente: