



INDEMNITES FORFAITAIRES – DEMANDE D'OCTROI – DOSSIER N°

Réseau Santé et Social de la Veveyse
Commission de district
Rte des Misets 3
1618 Châtel-St-Denis

☎ 021 931 47 31
info.veveyse@rssv.ch

1. PERSONNE IMPOTENTE

Sexe : ☐ F ☐ M

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Etat civil : _____
Profession : _____ Actif : ☐ oui à ____ % ☐ non
Adresse : _____
NPA/Localité : _____ Tél. : _____
Domiciliée à cette adresse depuis le _____
Domicile principal et fiscal dans le canton de Fribourg depuis le : _____
Domicile légal (lieu) : _____ District : _____

2. MEDECIN TRAITANT

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
NPA/Localité : _____ Tél. : _____

3. ACTUELLEMENT BENEFICIAIRE

- d'un service infirmier ☐ oui ☐ non
 - d'un service d'aide familiale ☐ oui ☐ non
 - d'autres services ☐ oui ☐ non
- Si oui par un autre service, lequel ? _____

4. PERSONNE AIDANTE

Sexe : ☐ F ☐ M

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Etat civil : _____
Profession : _____ Actif : ☐ oui à ____ % ☐ non
Adresse : _____
NPA/Localité : _____ Tél. : _____
Lien de parenté : _____
Lien d'affection et de solidarité : _____
N°AVS : _____
Banque/CCP et IBAN : _____



5. ASSURANCES

Caisse-maladie : _____

No AVS : _____

a. Assurance complémentaire pour frais d'assistance

☐ oui ☐ non Montant : CHF _____

a. Contribution mensuelle AI pour adulte

☐ oui ☐ non Montant : CHF _____

a. Contribution journalière AI pour mineur impotent

☐ oui ☐ non Montant : CHF _____

a. Prestations complémentaires

☐ oui ☐ non Montant : CHF _____

a. Allocation pour impotent AI/AVS

☐ oui ☐ non Montant : CHF _____

Nom de la caisse de compensation qui verse l'allocation : _____

Si non, demande en cours depuis le : _____

→ Joindre les pièces justificatives

6. OBSERVATIONS

7. 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 établi par le RSSV en début de trimestre) à retourner au Réseau Santé et Social de la Veveyse, indemnités forfaitaires, Rte des Misets 3, 1618 Châtel-St-Denis, 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 : _____

Nom, prénom - personne impotente

Nom, prénom - personne aidante

Signature

Signature
