

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. :
Domicilié 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 :
Impôt à la source : oui non

Commission de district de la Broye pour les soins et l'aide familiale à domicile

Le Piolet 34

1470 Estavayer-le-Lac

Tél. 026 662 77 80

5. Observations :

.....
.....

6. Autorisation

1. 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 acceptent toutes les conditions sans restriction.

Lieu : Date :

Personne impotente :

Nom : Prénom :

Signature :

Personne aidante :

Nom : Prénom :

Signature :