



INDEMNITES FORFAITAIRES – DEMANDE D'OCTROI – DOSSIER N°

Réseau Santé et Social de la Veveyse
Commission de district
Place d'Armes 30
1618 Châtel-St-Denis

☎ 021 948 61 61
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
- d'un service d'aide familiale
- d'autres services

oui non

oui non

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, Place d'Armes 30, 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
