

INDEMNITE FORFAITAIRE DEMANDE D'OCTROI

Dossier n°

1. Personne aidée

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/Prénom :
Adresse :
NP/Localité : Tél. :

3. Actuellement bénéficiaire

D'un service de soins à domicile 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 (si différente de la personne aidée) :
NP/Localité : Tél. :
Lien de parenté :
Lien d'affection et de solidarité :
N° AVS :
Impôt à la source : oui non

5. Actuellement bénéficiaire

D'un salaire en tant que proche aidant par un service d'aide et de soins à domicile privé
ou public oui non

6. Observations :

.....
.....

7. Autorisation

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 du règlement et du point ci-dessus et en acceptent toutes les conditions sans restriction.

Le présent formulaire est à envoyer à par courrier postal ou par mail à:

**Commission du district de la Broye
Pour les soins et l'aide familiale à domicile (COSAF)
Le Piolet 34
1470 Estavayer-le-Lac
sasdb.if@rssbf.ch**

Il s'en suivra une évaluation faite par une/e infirmier/ère du Service de soins à domicile de la Broye et une décision 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 aidée soussignée autorise, le cas échéant, la Commission de district à prendre les renseignements nécessaires sur son compte auprès des instances compétentes (autorité communale, service d'aide et de soins à domicile,...)

Lieu : Date :

Signatures

Personne aidée :

Personne aidante :