

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

