



RÉSEAU SANTÉ
DE LA SARINE

COMMISSION
DES INDEMNITÉS
FORFAITAIRES

**Indemnité forfaitaire
Demande d'octroi**

Avenue Jean-Paul II 10
1752 Villars-sur-Glâne

Secrétariat tél.: 026 / 422 56 15

Enregistrée le:

(timbre postal):

Dossier No:

1. Personne impotente

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Etat civil:

Sexe:

Profession:

Active:

Taux d'activité: %

Rue:

No. AVS:

NPL, localité:

Tél.:

e-mail:

Natel:

Domiciliée à cette adresse depuis le:

Domicile principal et fiscal dans le canton de Fribourg depuis le:

Domicile légal (lieu):

District:

Assurance

Caisse maladie:

Adresse:

No. d'assuré:

2. Personne aidante

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Sexe:

Profession:

Active:

Taux d'activité: %

Rue:

No. AVS:

NPL, localité:

Tél.:

e-mail:

Natel:

Lien de parenté:

Ménage commun

Voisinage immédiat

3. Actuellement bénéficiaire d'un service infirmier aide familiale autres

Si oui, le(s)quel(s):

4. Médecin traitant

Nom:

Rue:

NPL, localité:

No. de téléphone:

5. Observations, commentaires

Lieu et date:

Signature de la personne impotente:

Signature de la personne aidante:

Ce document doit être adressé à:

Commission du district de la
Sarine pour l'aide et les soins à
domicile Secrétariat
Avenue Jean-Paul II 10
1752 Villars-sur-Glâne