



RÉSEAU SANTÉ
DE LA SARINE

COMMISSION
DES INDEMNITÉS
FORFAITAIRES

**Indemnité forfaitaire
Relevé de compte**

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

Secrétariat tél.: 026 / 422 56 15

Dossier No:

Personne aidante

Nom	
Prénom	
Rue	
NPL, lieu	
Téléphone	
Natel	
Date de naissance	
No. AVS	
Permis	
Impôt à la source	

Personne impotente

Nom	
Prénom	
Rue	
NPL, lieu	
Téléphone	
Natel	
Date de naissance	
No. AVS	

1. Décompte trimestriel (à retourner au service concerné – voir adresse au verso) :

Du	Au				
			Total jours 1=		Jours

2. Déductions en cas d'interruption d'assistance (hospitalisation, court séjour, cure de convalescence, placement dans un établissement pour personnes âgées ou personnes handicapées, vacances, rétablissement de la personne impotente, décès)

Du	Au	Motif / institution			
			Durée		Jours
			Durée		Jours
			Durée		Jours
			Total jours 2=		Jours

3. Nombre total de jours d'assistance et montant final

Total jours 1:		./. Total jours 2:		=Total		jours
Total de jours:		X CHF		=CHF		

4. Versement du montant des indemnités forfaitaires (joindre si possible un bulletin de versement)

CCP no		Banque	
Titulaire		Agence	
IBAN		Clearing/cpte	

Les soussignés(es) attestent que les renseignements précités sont exacts et complets et que les conditions fixées par le règlement concernant l'octroi d'une indemnité forfaitaire pour l'aide à domicile sont respectées. Les indemnités forfaitaires indûment touchées doivent être restituées.

Lieu et date :

Signature (pers. impotente) :

Signature (pers. aidante) :



Les relevés de compte sont à retourner la première semaine de chaque trimestre à
(première semaine de janvier, avril, juillet et octobre)

Réseau Santé de la Sarine
Avenue Jean-Paul II 10
1752 Villars-sur-Glâne
026 / 422 56 15

La personne aidante ainsi que la personne impotente ou son représentant légal devra signaler expressément les informations suivantes :

- changement de domicile de la personne aidante
- changement de domicile de la personne impotente
- changement de numéro de compte bancaire ou postal de la personne aidante
- changement de numéro de téléphone de la personne aidante ou impotente
- **changement important dans la situation (état de santé) de la personne impotente (dégradation ou amélioration)**

Visa du service : _____ Date : _____