

## Indemnité forfaitaire

Demande d'octroi

### Commission de district pour l'indemnité forfaitaire

Téléphone 026 919 00 19  
Télécopie 026 919 00 18  
Courriel reseau@rssg.ch

Dossier N°

Enregistré le

#### 1. Personne aidée

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Etat civil : .....  
Sexe : F  M  N° AVS : .....  
Adresse : .....  
NPA / Localité : .....  
Téléphone : ..... Mobile : .....  
Profession : .....  
Emploi : Oui  Non  Taux d'activité : .....  
Domicile principal et fiscal dans le canton de Fribourg depuis le : .....  
Domicile fiscal (*Commune*) : .....  
District : .....

#### 2. Personne aidante

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Etat civil : .....  
Sexe : F  M  N° AVS : .....  
Adresse : .....  
NPA / Localité : .....  
Téléphone : ..... Mobile : .....  
Profession : .....  
Emploi : Oui  Non  Taux d'activité : .....  
Lien de parenté : .....  
Ou lien d'affection et de solidarité (*Ami-e, ...*) : .....  
Depuis quelle date : .....

### 3. Actuellement au bénéfice de prestations du Service d'aide et de soins à domicile

Prestations de soins : Oui  Non

Fréquence (*Une fois par jour, semaine, ...*) : .....

Prestations d'économie domestique : Oui  Non

Fréquence (*Une fois par jour, semaine, ...*) : .....

### 4. Autres intervenants

Oui...  Non  Si oui, lesquels : .....

Fréquence (*Une fois par jour, semaine, ...*) : .....

### 5. Médecin traitant

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

NPA / Localité : .....

Téléphone : ..... Mobile : .....

### 6. Observations / Remarques

.....  
.....  
.....  
.....

Lieu : ..... Date : .....

#### Personne aidée

Nom : ..... Prénom : .....

Signature : .....

#### Personne aidante

Nom : ..... Prénom : .....

Signature : .....

Ce formulaire dûment complété doit être retourné à :  
**Réseau Santé et Social de la Gruyère**  
**Commission de district pour l'indemnité forfaitaire**  
**Case postale**  
**1630 Bulle**