



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**COMMISSION DU DISTRICT DU LAC
pour l'aide et les soins à domicile**

Préfecture du Lac
Rue du Château 1
3280 Morat
☎ 026 305 90 70 📠 026 305 90 79
prefecturelac@fr.ch

Caissier: Jürg Leuenberger +41 79 479 29 67

Indemnité forfaitaire: Décompte

Dossier no.:

Le décompte s'effectue par trimestre; il doit être immédiatement remis au Service **SPITEX See/Lac** après la fin du trimestre respectif. Le droit à des indemnités forfaitaires échoit 6 mois après la fin du trimestre respectif.

PERSONNE AIDANTE:

Nom :
Prénom :
Adresse :
Domicile :
☎ no :
E-Mail :

PERSONNE IMPOTENTE:

Nom :
Prénom :
Adresse :
Domicile :

1. PERIODE DE DECOMPTE

1^{er} trimestre du: janvier au: mars = nombre de jours
2^{ème} trimestre du: avril au: juin = nombre de jours
3^{ème} trimestre du: juillet au: septembre = nombre de jours
4^{ème} trimestre du: octobre au: décembre = nombre de jours
..... **total jours**

2. DEDUCTION EN CAS D'INTERRUPTION DE L'AIDE

(à remplir obligatoirement, même si pas de déductions)

Amélioration de l'état de santé, hospitalisation, hébergement, vacances, étranger etc.

du au

..... = nombre de jours

..... = nombre de jours

..... = nombre de jours

Interruption de l'aide = **total jours**

3. Nombre de Jours de soins (total 1 moins total 2) = jours

4. DROIT A L'INDEMNITE FORFAITAIRE

..... jours à Fr. 25.--	=	Fr. _____
..... jours à Fr. 20.--	=	Fr. _____
..... jours à Fr. 15.--	=	Fr. _____
	Total	<u>Fr.</u>

5. VERSEMENT DU MONTANT

Nous vous prions de verser ce montant auprès de:

Banque ou Poste: _____ IBAN-no.: _____

(Veuillez remplir correctement les rubriques et si possible joindre un bulletin de versement)

Les soussignées reconnaissent avoir rempli correctement ce décompte et que les conditions du règlement du 7 mars 2008 concernant l'octroi d'une indemnité forfaitaire pour l'aide et les soins à domicile sont remplies. Les indemnités forfaitaires indûment touchées doivent être restituées.

Lieu et date:.....

Signature de la personne aidante:

Signature de la personne impotente ou de son représentant légal:

.....

.....

Formulaire à remettre à la:

SPITEX See/Lac, Zentrale, Spitalweg 36, 3280 Murten

Nom, Prénom:

Signature personne évaluante: Date: