

INDEMNITE FORFAITAIRE POUR L'AIDE A DOMICILE DEMANDE D'OCTROI

Dossier N°

1. **PERSONNE IMPOTENTE** : Nom Prénom

Date de naissance : Etat civil :

Sexe : F M

Actif : oui non Profession : Pourcentage d'activité :%

Adresse : Tél. :

Domicile légal : **papier déposé à** **depuis le** :

Domicile fiscal : **paiement des impôts à** **depuis le** :

Lieu de résidence : **habitation, hébergement à** **depuis le** :

2. MEDECIN TRAITANT

Nom : Adresse:

N° tél. :

3. ACTUELLEMENT BENEFICIAIRE

- d'un service infirmier oui non

- d'un service d'aide familiale oui non

- d'autres services oui non

4. **PERSONNE AIDANTE** : Nom Prénom

Date de naissance : Etat civil :

Sexe : F M

Actif : oui non Profession : Pourcentage d'activité :%

Adresse :

Lien de parenté : Tél. :

Lien d'affection et de solidarité :

No d'AVS : Impôt à la source : oui non

