



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:

**Demande AI**

Demande AI :

Allocation pour impotent :

Allocation, si oui :

---

**2. Personne aidante**

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Etat civil

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 infirmer
  - d'un service d'aide familiale
  - d'autres services
- si oui, nom de l'institution
- 

### 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