



RÉSEAU SANTÉ  
DE LA SARINE

COMMISSION  
DES INDEMNITÉS  
FORFAITAIRES

INDEMNITES FORFAITAIRES

Relevé de compte

Avenue Jean-Paul II 10, 1752 Villars-sur-Glâne  
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				
			<b>Total jours 1=</b>		<b>Jours</b>

**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	Institution / Cause			
			<b>Durée</b>		<b>Jours</b>
			<b>Durée</b>		<b>Jours</b>
			<b>Durée</b>		<b>Jours</b>
			<b>Total jours 2 =</b>		<b>Jours</b>

### 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)

Banque	
Titulaire	
IBAN	

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)** en cas d'envoi tardif le paiement sera reporté au trimestre suivant.

**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 : \_\_\_\_\_