

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

Spitalweg 36

3280 Morat

026 672 34 00

bezirkskommission@rsl-gns.ch

Commission pour l'aide et les soins à domicile

RELEVÉ DE COMPTE

No dossier	
-------------------	--

Personne aidante

Nom	
Prénom	
Rue	
NPL, lieu	
Téléphone	
Natel	
Date de naissance	
No AVS	
Permis de séjour	
Impôt à la source	
Adresse e-mail	

Personne imputante

Nom	
Prénom	
Rue	
NPL, lieu	
Téléphone	
Natel	
Date de naissance	
No AVS	
Adresse e-mail	

1. Décompte trimestriel**à retourner au RSL centre de coordination – voir adresse au verso**

Du	Au				
			Total jours 1 =		Jours

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 imputante, décès. **Le jour de départ et d'arrivée n'est pas à déduire.**

Du	Au	Motif / institution			
			Durée		Jours
			Durée		Jours
			Durée		Jours
			Total jours 2 =		Jours

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 (à mentionner que si le compte est nouveau ou s'il a été modifié)

Banque				Titulaire		
IBAN	CH _____	_____	_____	_____	_____	_____

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 personne impotente :

Signature personne aidante :

Les relevés de compte sont à retourner la première semaine de chaque trimestre à :
(première semaine de janvier, avril, juillet et octobre)

**Réseau Santé du Lac
Centre de coordination
Spitalweg 36
3280 Morat
bezirkskommission@rsl-gns.ch**

La personne aidante ainsi que la personne impotente ou son représentant légal devra signaler expressément les informations suivantes :

- changement de la personne aidante
- changement de domicile de la personne aidante ou 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 : _____