

Pour en faire la demande, complétez le présent formulaire et adressez-le, accompagné des pièces justificatives, au Centre autonomie concerné.

DATE DE LA DEMANDE :**IDENTITÉ DU BÉNÉFICIAIRE :**

cocher la case correspondante

APA domicile

PCH

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de dossier :

COORDONNÉES DU DEMANDEUR**SI DIFFÉRENT DU BÉNÉFICIAIRE :**

cocher la case correspondante

Famille

Tuteur

Autre, préciser :

NOM :

Prénom :

Mail :

Adresse complète :

Téléphone :

MOTIFS DE LA FIN DE CONTRAT DES SALARIÉS :

cocher la case correspondante

Entrée en établissement

Passage en mode prestataire

Rupture du contrat d'accueil familial

Décès

OBJET DE LA DEMANDE :

cocher la ou les case(s) correspondante(s)

Indemnités de préavis

Indemnités de licenciement

AUTRES FINANCEURS :

cocher la ou les case(s) correspondante(s)

Avez-vous sollicité une aide au financement des frais de contrat auprès d'autres organismes ?

Oui

Non

Si oui, une aide vous a-t-elle été accordée ? En indiquer le montant :

Oui

Non

PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE :

- Dernière fiche de paye de chaque salarié, indiquant les montants des indemnités de licenciement et de préavis ;
- La décision de l'organisme de prévoyance et/ou de l'assureur portant sur le financement desdites indemnités ;
- En cas de décès du bénéficiaire :
 - > Si succession avec notaire, transmettre les coordonnées du notaire en charge de la succession,
 - > Si succession sans notaire, transmettre le certificat d'hérédité, l'attestation de porte-fort, et le RIB de la personne désignée.

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus dans cette demande sont exacts.

À

le

Signature de la personne
formulant la demande