

## DEMANDE DE GARANTIE DE PRISE EN CHARGE (GPCF)

### Renseignements sur l'institution

Domaine CIIS

C

Nom	
Rue, n°	
NPA, lieu	
Secteur	Téléphone
E-Mail	Fax

### Renseignements sur la personne

Nom	Prénom
N° AVS/AI	Sexe <b>*A remplir</b>
Date de naissance	Nationalité
Renseignements sur l'invalidité <b>*A remplir</b>	
Domicile légal	NPA, lieu
	Rue, n°
Représentant légal	<input type="checkbox"/> Tutelle <input type="checkbox"/> Soumis à l'autorité parentale
	Nom, prénom
	Rue, n°
	NPA, lieu

### Renseignements sur le séjour

Date d'entrée	Séjour planifié jusqu'au
Début de la GPCF	

### Renseignements sur les prestations et la compensation des coûts

<input type="checkbox"/> Méthode F (forfait)	<input type="checkbox"/> Méthode D (couverture du déficit)
	<input type="checkbox"/> Budget / <input type="checkbox"/> Année comptable
Prestation	Thérapie/réhabilitation/placement
Unité de calcul	<b>*A remplir</b>
Charges nettes	Fr.
Lieu et date , Signature de l'institution	Lieu et date , Confirmation et consentement L'adulte ou le représentant légal confirment les renseignements. Il/elle déclare accepter la demande de GPCF, en particulier l'utilisation liée à ce but des renseignements personnels. Les organes de l'assurance sociale sont autorisés à fournir les renseignements nécessaires au canton de domicile et au canton répondant. Personne habilitée à signer: Nom, prénom: Signature:
Lieu et date ..... Signature du service intracantonal compétent du canton répondant	Lieu et date ..... Signature de l'office de liaison CIIS du canton répondant  Contact (nom) Téléphone E-Mail

Remarques de l'office de liaison :