

DEMANDE DE GARANTIE DE PRISE EN CHARGE (GPCF)

Renseignements sur l'institution

Domaine CIIS

A

D

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

Renseignements sur la personne

Nom	Prénom				
Nationalité	Sexe	*A remplir			
N° AVS/AI	Date de naissance				
<input type="checkbox"/> Tutelle	<input type="checkbox"/> Curatelle				
Type de permis (pour les étrangers)	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> N	
Domicile légal, (rue, n°, NPA, lieu, canton)					
Lieu de séjour (en cas d'école spéc. externe), (rue, n°, NPA, lieu, canton)					
Nom et adresse (rue, n°, NPA, lieu) du représentant légal					
Nom et adresse (rue, n°, NPA, lieu) de l'autorité compétente					

Renseignements sur le séjour

Date d'entrée	Séjour planifié jusqu'au	<input type="checkbox"/> interne
Début de la GPCF		<input type="checkbox"/> externe

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/s	Prestation 1	Prestation 2	Prestation 3
	*A remplir	*A remplir	*A remplir
Unité de calcul	*A remplir	*A remplir	*A remplir
Charges nettes imputables	Fr.	Fr.	Fr.
./ contributions Confédération	Fr.	Fr.	Fr.
Charges nettes	Fr.	Fr.	Fr.
Lieu et date			
Signature de l'institution			
Lieu et date		Lieu et date	
Signature du service intracantonal compétent du canton répondant		Signature de l'office de liaison CIIS du canton répondant	
		Contact (nom) Téléphone E-Mail	

Remarques de l'office de liaison :