

Demande de prestation

au titre de l'article 40 du Règlement de la LAPRAMS (Loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale)

Evaluation des frais à domicile du conjoint d'une personne hébergée

NOM : PRENOM :

NPR Réf. :

	<u>Par mois</u>	<u>Par année</u>
01. * Loyer net (<i>si vous êtes locataire</i>)	CHF.....	CHF.....
02. * Garage ou place de parc	CHF.....	CHF.....
03. * Charges du logement	CHF.....	CHF.....
03b* Particip. aux charges des prestations d'un logement protégé	CHF.....	CHF.....
04. * Frais d'électricité et gaz	CHF.....	CHF.....
05. * Intérêts hypothécaires (<i>si vous êtes propriétaire</i>)	CHF.....	CHF.....
06. * Frais de téléphone fixe et portable, radio, TV, télé-réseau, Internet	CHF.....	CHF.....
07. Frais de nourriture et régime (forfait)	CHF 800.-	CHF 9'600.-
08. Frais de mobilité :	CHF.....	CHF.....
- transport public <input type="checkbox"/> <i>cocher ce qui convient</i>		
- véhicule privé <input type="checkbox"/>		
09. Frais d'habillement (achat et entretien) (forfait)	CHF 100.-	CHF 1'200.-
10. Loisirs (journaux, vacances,...) (forfait)	CHF 150.-	CHF 1'800.-
11. Frais d'entretien personnel (coiffeur, podologue, produits d'hygiène etc.) (forfait)	CHF 100.-	CHF 1'200.-
12. * Impôts communaux, cantonaux et fédéraux (après demande de réduction des acomptes ensuite de « frais médicaux importants »)	CHF.....	CHF.....
13. * Assurances choses (ECA, RC, vol, protection juridique,) mais pas les primes d'assurance véhicule)	CHF.....	CHF.....
14. * Autres assurances (complément ass. maladie/accident)	CHF.....	CHF.....
15. Frais divers et imprévus (forfait)	CHF 100.-	CHF 1'200.-
16. Autres	CHF.....	CHF.....
TOTAL des charges mensuelles/annuelles	CHF.....	CHF.....

Merci de nous fournir des justificatifs pour les postes marqués d'un *



Demande de prestation

au titre de l'article 40 du Règlement de la LAPRAMS (Loi d'aide aux personnes recourant à l'action médico-sociale)

Evaluation des frais à domicile du conjoint d'une personne hébergée

Votre adresse	
Nom et prénom de votre conjoint	
Hébergé dans l'établissement :	

Formulaire rempli avec l'aide de Mme/M.	
Tél.	

Je soussigné(e) certifie que les chiffres portés dans ce budget sont conformes à la réalité	
Date	
Signature	

Remarque	
Annexesphotocopies de justificatifs