

**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)	<b>CHF 800.-</b>	<b>CHF 9'600.-</b>
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)	<b>CHF 100.-</b>	<b>CHF 1'200.-</b>
10. Loisirs (journaux, vacances,...) (forfait)	<b>CHF 150.-</b>	<b>CHF 1'800.-</b>
11. Frais d'entretien personnel (coiffeur, podologue, produits d'hygiène etc. ) (forfait)	<b>CHF 100.-</b>	<b>CHF 1'200.-</b>
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)	<b>CHF 100.-</b>	<b>CHF 1'200.-</b>
<b>16. Autres</b>	<u>CHF.....</u>	<u>CHF.....</u>
<b>TOTAL des charges mensuelles/annuelles</b>	<b>CHF.....</b>	<b>CHF.....</b>

**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

<b>Votre adresse</b>	
<b>Nom et prénom de votre conjoint</b>	
<b>Hébergé dans l'établissement :</b>	

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

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

<b>Remarque</b>	
<b>Annexes</b>	.....photocopies de justificatifs