

[Annexe 44a

DEMANDE D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE DANS UN CENTRE DE SOINS DE JOUR

(Art. 34, 11°, de la loi coordonnée du 14.07.1994)

CENTRE DE SOINS DE JOUR - pour personnes âgées dépendantes (1) - pour personnes souffrant d'une maladie grave (1) N° d'agrément	Dénomination et adresse
ORGANISME ASSUREUR N° Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional	Dénomination et adresse

BENEFICIAIRE :

Numéro d'inscription O.A. :

NOM – Prénom : Date de naissance :

Adresse :

DATE D'ENTREE : heure :

Date de demande :

J'atteste que le bénéficiaire est admis dans l'institution aux dates et heures mentionnées au registre de présence de l'institution.

Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire qui sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.

Je sollicite l'allocation correspondant à la catégorie suivante (1)

Catégorie F (2) – Catégorie Fd (2) – Catégorie D (3) – Catégorie Fp (4)

Il s'agit en l'occurrence **d'une première demande – d'une prolongation (1)**

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature – Nom :

.....

- (1) Biffer les mentions inutiles.
- (2) Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, l'échelle d'évaluation étayant la demande d'allocation.
- (3) Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, l'échelle d'évaluation et je certifie que la date du bilan diagnostique spécialisé figure dans le dossier de soins du patient.
- (4) Seuls les centres de soins de jour pour personnes souffrant d'une maladie grave, agréés par l'autorité compétente, peuvent solliciter une allocation forfaitaire pour cette catégorie. S'il s'agit d'une première demande, joindre sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, un certificat du médecin traitant attestant que le bénéficiaire répond aux conditions visées par la législation en la matière (voir le modèle figurant en annexe 44bis)]