### **logo_fr_300.jpgService de la prévoyance sociale (SPS)**, Route des Cliniques 17, 1701 Fribourg

### Convention intercantonale relative aux institutions sociales (CIIS)**Demande de garantie de prise en charge (GPCF)**

|  |  |
| --- | --- |
| Renseignements sur l'institution | **Domaine CIIS** **[x]  C** |
| Nom |  |
| Rue, n° |  | Téléphone |  |
| NPA, lieu |  | Fax |  |
| Secteur / emplacement |  | Courriel |  |

## Renseignements sur la personne

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom |  | Prénom |  |
| Date de naissance |  | Sexe |  |
| N° d’assurance sociale |  | Nationalité |  |
| Renseignements sur l'invalidité |  | Degré d’impotence |  |
| Domicile civil | Rue, n° |  |
|  | NPA, lieu, canton |  |
| Curatelle | [ ]  oui [ ]  non |  |
| Adresse curateur / curatrice | Nom, prénom |  | Téléphone |  |
| Rue, n° |  | Courriel |  |
| NPA, lieu |  |  |  |
| Service placeur (nom, adresse, téléphone, courriel) |  |

## Renseignements sur le séjour

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date d'entrée |  | Séjour planifié jusqu'au  | [ ]  durée indéterminée |
| Début de la GPCF |  | Période d’essai, nombre de jours |  |

## Renseignements sur les prestations et la compensation des coûts

|  |  |
| --- | --- |
| **[ ]  Méthode F (forfait)** | **[ ]  Méthode D (couverture du déficit)** |
|  | Prestation 1 | Prestation 2 |
| Prestation/s |  |  |
| Niveau des prestations |  |  |
| Unité de calcul |  |  |
| Charges nettes imputables | Fr. |  | Fr. |  |
| Lieu et date |  | Lieu et date |  |
| Institution: |  | Confirmation et consentement:L'adulte capable d’exercer les droits civils ou son 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 |  | Nom, prénom |  |
|  |  |
| Signature | **……………………………………………………...** | Signature | **……………………………………………………...** |
| Lieu et date |  | Lieu et date |  |
|  |  |
| Service intracantonal compétent du canton répondant: | Office de liaison CIIS du canton répondant: |
|  | **SPS** |
|  |  |
| Signature | **……………………………………………………...** | Signature | **……………………………………………………...** |
| Contact (nom) |  | Contact (nom) | **Rouiller-Zbinden Carmen** |
| Téléphone |  | Téléphone | **026 305 29 68** |
| Courriel |  | Courriel | **Carmen.Rouiller@fr.ch** |

## Remarques de l’office de liaison

|  |
| --- |
|  |