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

### **Service de l’enseignement spécialisé et des mesures d’aide (SESAM)**

### Convention intercantonale relative aux institutions sociales (CIIS)

### **Demande de garantie de prise en charge (GPCF)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Renseignements sur l'institution | | | **Domaine CIIS**  **A**  **D** |
| 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 | |  |
| Domicile civil, (rue, n°, NPA, lieu, canton) | | | |  | | | |
| Lieu de séjour (en cas d'école spéc. externe),  (rue, n°, NPA, lieu, canton) | | | |  | | | |
| Forme de protection des mineurs et des adultes | | | |  | | | |
| Tuteur / tutrice  Curateur / curatrice | | Nom, prénom | |  | | | |
| Rue, n°, NPA, lieu | |  | | | |
|  | | Téléphone, courriel | |  | | | |
| Nom et adresse du père  (rue, n°, NPA, lieu, canton) | |  | | | | Autorité parentale  oui  non  Retrait du droit de déterminer le lieu  de résidence /garde  oui  non | |
| Nom et adresse de la mère  (rue, n°, NPA, lieu, canton) | |  | | | | Autorité parentale  oui  non  Retrait du droit de déterminer le lieu  de résidence/garde  oui  non | |
| Nom et adresse de l'autorité compétente  (rue, n°, NPA, lieu) | | |  | | | | |

## Renseignements sur le séjour

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Date d'entrée |  | Séjour planifié jusqu'au | durée indéterminée | | interne |
| Début de la GPCF |  | Mesure relevant du droit pénal des mineurs | | oui  non | externe |

## Renseignements sur les prestations et la compensation des coûts

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Méthode F (forfait)** | | | | **Méthode D (couverture du déficit)** | | | | |
|  | | Prestation 1 | | Prestation 2 | | | Prestation 3 | |
| Prestation/s | |  | |  | | |  | |
| Niveau des prestations | |  | |  | | |  | |
| Unité de calcul | |  | |  | | |  | |
| Charges nettes imputables | | Fr. |  | Fr. |  | | Fr. |  |
| ./. contributions OFJ | | Fr. |  | Fr. |  | | Fr. |  |
| Charges nettes | | Fr. |  | Fr. |  | | Fr. |  |
| Lieu et date |  | | |  | | | | |
| Institution: |  | | |
| Nom, prénom |  | | |
|  | | | |
| 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) | **SESAM** | | | Contact (nom) | | **Rouiller-Zbinden Carmen** | | |
| Téléphone | **026 305 40 60** | | | Téléphone | | **026 305 29 68** | | |
| Courriel | **sesam@fr.ch** | | | Courriel | | **Carmen.Rouiller@fr.ch** | | |

## Remarques de l’office de liaison

|  |
| --- |
|  |