santé
famille
retraite
services

AIN-RHONE

DEMANDE D'AIDE AU REPIT DES AIDANTS

HEBERGEMENT TEMPORAIRE ☐
ACCUEIL DE JOUR ☐
GARDE A DOMICILE NUIT ☐
GARDE A DOMICILE ☐

1ère demande ☐
Demande complémentaire ☐

Aidé :
NOM – Prénom : _____

N° matricule : _____ Tél. : _____

Adresse : _____

_____

Aidant : Nom Prénom N°matricule : _____

Situation familiale : _____

Bénéficiaire de l'APA : ☐ OUI ☐ NON

Pour les bénéficiaires, joindre une copie du plan d'aide.

Décision APA du : ……
Plan d'aide Montant : ……..

Hébergement Temporaire et Accueil de Jour :

DUREE DU SEJOUR : _____

MONTANT DES FRAIS : _____

A ……, le ……

Signature

LE DOSSIER EST A RETOURNER dans le mois qui suit la facturation, à la :

MSA AIN RHONE
SERVICE D''ACTION SANITAIRE ET SOCIALE
35-37 RUE DU PLAT
69232 LYON CEDEX 02