

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE POUR BENEFICIER D'UN HEBERGEMENT POUR RAISON MEDICALE

INFORMATIONS CONCERNANT L'OCCUPANT(E) DU LOGEMENT

Matricule MDF : _____ Matricule CAFAT : _____ **Signature de l'occupant(e) du logement**
Nom et prénom : _____

MOTIF DE LA DEMANDE

Accompagnant d'une personne hospitalisée (joindre obligatoirement un bulletin d'hospitalisation)

Nom et prénom de la personne hospitalisée : _____

Lien de parenté avec l'occupant(e) du logement :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Conjoint : marié/pacsé | <input type="checkbox"/> Concubin |
| <input type="checkbox"/> Enfant | <input type="checkbox"/> Enfant du conjoint |
| <input type="checkbox"/> Père / Mère / Tuteur | <input type="checkbox"/> Ascendants : Grands parents directs ou beaux-parents |

Personne ne pouvant s'éloigner du lieu des soins ou se rendre à son domicile (joindre obligatoirement un certificat médical) - Préciser la raison : Maternité Radiothérapie Autre

Grossesse (joindre obligatoirement un certificat mentionnant la date prévue d'accouchement puis un certificat de naissance)

JUSTIFICATIF MEDICAL (A RENSEIGNER PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE)

RDV médical Nom et prénom du patient : _____

Date de consultation	Heure	Nom, signature, cachet du professionnel de santé

CADRE RESERVE AU RESPONSABLE DE CENTRE

Dates des nuits concernées par la raison médicale (si accord) :

Du	Au	Codification AP (MDF)	Nb de nuits concernées

N° de facture : _____
(Facture à annexer au présent document)

Cachet et signature du responsable

Lieu _____, le : _____