

Annexe 14

**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. 43/7, 4° du Code wallon de l'action sociale et de la santé)

<p><b>CENTRE DE SOINS DE JOUR</b> - pour personnes âgées dépendantes <sup>1</sup> N° d'agrément : .....</p>	<p>Dénomination et adresse</p>
<p><b>ORGANISME ASSUREUR WALLON</b> N° Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional : .....</p>	<p>Dénomination et adresse</p>

**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 <sup>1</sup> :

Catégorie F <sup>2</sup> – Catégorie Fd <sup>2</sup> – Catégorie D <sup>3</sup>

Il s'agit en l'occurrence **d'une première demande – d'une prolongation** <sup>1</sup>

Le responsable de l'Institution,

Date : .....

Signature – Nom : .....

.....  
.....

<sup>1</sup> Biffer les mentions inutiles.

<sup>2</sup> Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, l'échelle d'évaluation étayant la demande d'allocation.

<sup>3</sup> 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.