

Annexe 7

**DEMANDE D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE  
DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE**

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

Références	
Inst..	
O.A.	

INSTITUTION DEMANDERESSE

**Type de lit**<sup>1</sup>  
1. Lits MRS  
2. Lit MRPA

Numéro INAMI

Dénomination : .....

Adresse : .....

ORGANISME ASSUREUR WALLON

N° mutualité ou Office régional ou Centre médical régional

Dénomination : .....

Adresse : .....

**BENEFICIAIRE :**

Numéro d'inscription à la sécurité sociale (carte SIS) :

Nom – Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

DATE D'ENTREE<sup>2</sup> : ..... Heure : .....

Date de demande : .....

J'atteste que le bénéficiaire est admis dans l'institution aux dates et heures mentionnées ci-dessus.

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 :

Catégorie O – Catégorie A – Catégorie B – Catégorie C – Catégorie Cdément – Catégorie D – Catégorie Ccoma<sup>1</sup>

Il s'agit en l'occurrence d<sup>3</sup> :

Court Séjour<sup>(1)</sup>  
OUI/NON

- une nouvelle demande \*  un transfert sans changement de catégorie (l'engagement de paiement à partir du ..... reste d'application)
- un transfert avec changement de catégorie \*
- un changement de catégorie \*  une réadmission dans les 30 jours sans changement de catégorie (l'engagement de paiement à partir du ..... reste d'application)
- une réadmission dans les 30 jours avec changement de catégorie \*

\* Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, l'échelle d'évaluation étayant la demande d'allocation.<sup>1</sup>

\* En cas d'aggravation du degré de dépendance : j'y joins également un rapport circonstancié.<sup>1</sup>

\* En cas de première admission du bénéficiaire classé dans la catégorie Ccoma, je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, un rapport médical attestant que le bénéficiaire répond aux critères de cette catégorie, établi par un centre hospitalier d'expertise.<sup>1</sup>

Le responsable de l'Institution,

Date : .....

Signature – Nom : .....

.....

.....

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

<sup>2</sup> En cas de réadmission ou de transfert interne, il y a lieu d'indiquer la date et l'heure de réadmission.

<sup>3</sup> Cocher la case adéquate.