

Annexe 50c

NOTIFICATION D'HEBERGEMENT DE BENEFICIAIRES DANS DES INITIATIVES D'HABITATION PROTEGEE (H.P.)

Institutions visées à l'article 34, 18°
de la loi coordonnée le 14 juillet 1994

N° d'agrément

Dénomination:

Adresse:

ORGANISME ASSUREUR

N° mutualité ou Office régional
ou Centre médical régional

Dénomination:

Adresse:

BENEFICIAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom: Date de naissance:

Inscrit comme personne à charge en qualité de conjoint ou ménagère - ascendant - descendant (1)

TITULAIRE

Numéro d'inscription

NOM - Prénom: Date de naissance:

Adresse:

Date d'entrée: heure:

Date de la notification:
.....

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

Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire tels que ceux-ci sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.

Le responsable de l'institution,

Date:

Signature - Nom:

Le médecin-spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie, responsable de la politique d'admission,

Date:

Signature - Nom:

(1) Biffer les mentions inutiles.
Exemplaire à conserver, au moment de l'envoi par l'institution.