

Annexe 51b

NOTIFICATION DE FIN D'HEBERGEMENT (1) 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:

Ce bénéficiaire, hébergé depuis le..... àheures,

est sorti de notre institution le..... àheures (2)

est décédé le..... à..... heures (2)

est transféré vers:(2)

a été admis dans:(2)

Le responsable de l'institution,

Date:

Signature - Nom:

.....

-
- (1) Cette notification ne doit pas être établie s'il s'agit d'une absence temporaire - laquelle doit être mentionnée sur la note de frais individuelle - sauf en cas d'admission à temps plein dans un établissement hospitalier.
(2) Biffer les mentions inutiles.

Exemplaire à conserver, au moment de l'envoi, par l'institution.