



Participation aux frais d'hospitalisation pour familles

Kto 3011

Demander/demandeuse

Nom de l'enfant :	Prénom de l'enfant :
Nom / prénom de la mère :	Nom / prénom du père :
Adresse :	Lieu :
Email :	Date de naissance (enfant) :
Hospitalisé(e) à :	
Hospitalisé(e) du : au : Durée en jours:	Montant : 30 CHF par jour d'hospitalisation. Les quittances doivent être conservées.
Les frais peuvent être remboursés sur le compte suivant (veuillez joindre un bulletin de versement, si possible): Banque / CCP / IBAN : Adresse : Bénéficiaire :	Principe de l'affiliation <ul style="list-style-type: none">• Seuls les membres de CFCH peuvent profiter de ses prestations.• La personne qui reçoit une prestation de soutien de la CFCH en devient membre d'office. Cela étant, la cotisation pour l'année en cours est gratuite.• Si, par la suite, l'affiliation n'est pas maintenue, les prestations de soutien prennent fin.• En cas de difficultés financières, l'exemption de la cotisation de membre reste possible.
Lieu, date :	Signature :

Visa de l'assistant social/de l'assistante sociale

Nom, prénom :	Hôpital :
Lieu, date :	Signature :

Suivi administratif:

Requérant: Veuillez envoyer la demande dûment remplie à l'assistant-e social-e compétent-e dans votre centre CF.

Assistants sociaux: Veuillez viser la demande et l'envoyer à la CFCH.
CFCH Paie le montant au requérant.

Nous attirons votre attention sur le fait que, selon les réglementations cantonales (loi sur les impôts et loi sur l'aide sociale), les aides financières de la CFCH sont prises en compte dans votre revenu. En tant que bénéficiaire, il vous incombe de déclarer les prestations de soutien aux autorités correspondantes.