### Convention intercantonale relative aux institutions sociales (CIIS) Office de liaison CIIS du canton de Berne

# Demande de garantie de prise en charge (GPCF)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Renseignements sur l'institution | | | **Domaine CIIS**  **C** |
| Nom |  | | |
| Rue, n° |  | Téléphone |  |
| NPA, lieu |  | Fax |  |
| Secteur / emplacement |  | Courriel |  |

## Renseignements sur la personne

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom |  | | | Prénom |  | |
| Date de naissance |  | | | Sexe |  | |
| N° d’assurance sociale |  | | | Nationalité |  | |
| Renseignements sur l'invalidité |  | | | Degré d’impotence |  | |
| Domicile civil | Rue, n° | |  | | | |
|  | NPA, lieu, canton | |  | | | |
| Curatelle | oui  non | |  | | | |
| Adresse curateur / curatrice | Nom, prénom | |  | | Téléphone |  |
| Rue, n° | |  | | Courriel |  |
| NPA, lieu | |  | |  |  |
| Service placeur (nom,  adresse, téléphone, courriel) | |  | | | | |

## Renseignements sur le séjour

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date d'entrée |  | Séjour planifié jusqu'au | durée indéterminée |
| Début de la GPCF |  | Période d’essai, nombre de jours |  |

## Renseignements sur les prestations et la compensation des coûts

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Méthode F (forfait)** | | | | **Méthode D (couverture du déficit)** | | |
|  | | Prestation 1 | | Prestation 2 | | |
| Prestation/s | |  | |  | | |
| Unité de calcul | |  | |  | | |
| Charges nettes imputables | | Fr. |  | Fr. |  | |
| Lieu et date |  | | | Lieu et date | |  |
| Institution: |  | | | Confirmation et consentement:  L'adulte capable d’exercer les droits civils ou son représentant légal confirment les renseignements. Il/elle déclare accepter la demande de GPCF, en particulier l'utilisation liée à ce but des renseignements personnels. Les organes de l'assurance sociale sont autorisés à fournir les renseignements nécessaires au canton de domicile et au canton répondant.  Personne habilitée à signer: | | |
| Nom, prénom |  | | | Nom, prénom | |  |
|  | | | |  | | |
| Signature | **……………………………………………………...** | | | Signature | | **……………………………………………………...** |
|  |  | | | Berne, le | |  |
|  | | | |  | | |
|  | | | | Office de liaison CIIS du canton de Berne | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
|  |  | | | Signature | | **……………………………………………………...** |
|  |  | | | Contact (nom) | | **Office de l'intégration et de l'action sociale**  **(OIAS)** |
|  |  | | | Téléphone | | 031 633 78 84 |
|  |  | | | Courriel | | **info.ivse@be.ch** |

## Remarques de l’office de liaison

|  |
| --- |
| **Envoyer la demande en 2 exemplaires avant l’entrée de la personne dans l’institution à la Direction de la santé, des affaires sociales et de l’intégration du canton de Berne, OIAS, Office de liaison CIIS, Rathausplatz 1, Case postale, 3000 Berne 8** |