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.

139