**Annexe 51a**

# 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....................................................................................... à heures,

est sorti de notre institution le ............................................................................................. à heures (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 pour l'administration de l'O.A.

140