

---

**Service de relève pour le maintien à domicile de personnes en situation de handicap  
selon la loi sur l'intégration des personnes handicapées**

---

**Situation personnelle**

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Etat civil : \_\_\_\_\_ No AVS : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Domicile : \_\_\_\_\_

Nom et adresse du  
représentant légal : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adresse e-mail \_\_\_\_\_

**Composition du ménage**

*Nom et prénom*

*Date de naissance*

Epoux, épouse : \_\_\_\_\_

Enfants : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Père : \_\_\_\_\_

Mère : \_\_\_\_\_

Frères, soeurs : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Type de handicap**

**Description des incapacités**

Degré d'impotence de l'AI :



**Prestations complémentaires ?**

Oui (copie à joindre)

Non

**Si oui, droit à un remboursement des frais de maintien à domicile (personnel privé, aide de la famille) dans le cadre des PC (RMPC) ?**

Oui (copie à joindre)

Non

**Aides financières cantonales pour le maintien à domicile ?**

Oui (copie à joindre)

Non

**Motif de la requête**

Date : \_\_\_\_\_

Signature du requérant : \_\_\_\_\_

**Par sa signature, le requérant accepte que le montant de l'aide financière cantonale soit versé directement à l'Association Cerebral Valais (selon article 6.4 des directives du 11 décembre 1997 concernant les aides financières individuelles en faveur de l'intégration sociale et culturelle des personnes handicapées).**

*(joindre copie des décisions AI, PC, RMPC, Impotence, aides financières cantonales)*

*(joindre également une copie de la convention de relève)*

Motif de la requête