
**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