



Administration
20, faubourg des Capucins
CH-2800 Delémont

t +41 32 420 51 29

f +41 32 420 51 21

michel.renaud@jura.ch

Garantie financière / UAP

Par la présente, je soussigné (e),

Nom.....Prénom....., né(e) le.....

atteste avoir pris connaissance du forfait journalier, fixé par arrêté du Département de la Santé (document joint) et facturé par l'institution.

Le paiement de ce forfait est garanti comme suit :

Financement par mes soins oui non

Rente AI + prestations complémentaires oui non

Une demande de rente AI est actuellement en cours oui non

Autre situation oui non

Précisez :

Vous êtes peut-être déjà en institution. Dans ce cas, merci de nous communiquer le nom et les coordonnées de celle-ci : .

En cas de difficultés financières pour le financement de mon séjour à l'UAP, je m'engage à prendre contact avec le Service social régional depour entreprendre les démarches d'assistance financière.

Autorisation :

La personne soussignée ou son représentant légal autorise l'institution à se renseigner auprès de la caisse de compensation concernant les prestations versées par celle-ci (rente AI, prestations complémentaires, rente d'impotence).

Lieu et date :

Visa client.....

Visa curateur à portée générale.....