

Plan famille

Formulaire de demande relatif aux mesures en cas de soins palliatifs

- Vous êtes indépendant à titre principal, aidant à titre principal ou conjoint aidant;
- Votre enfant/votre partenaire souffre d'une maladie en phase terminale et vous voulez lui donner des soins palliatifs;
- A cette fin, vous voulez interrompre temporairement, **pendant minimum 4 semaines consécutives**, votre activité professionnelle.

Vous êtes dès lors invité(e) à compléter ce formulaire et à le renvoyer une fois complété à Xerius Caisse d'Assurances Sociales:

- par lettre recommandée ou dépôt d'une requête à Xerius Caisse d'Assurances Sociales, ou;
- si vous avez déjà introduit une de demande par lettre recommandée ou par dépôt d'une requête sur place, dans ce cas vous pouvez renvoyer ce formulaire à Xerius Caisse d'Assurances Sociales par courrier ordinaire.

Attention: le présent formulaire doit être transmis à Xerius Caisse d'Assurances Sociales **dans un délai de 4 semaines à compter du début de votre interruption temporaire d'activité.**

1. Données relatives au demandeur

- Nom du demandeur: _____
- Prénom: _____
- Date de naissance: ___/___/_____
- Tél: _____
- E-mail: _____
- Compte bancaire n°: _____
- Vous avez/allez cesser temporairement, pendant au minimum 4 semaines, votre activité indépendante pour donner des soins palliatifs à (cocher la case adéquate):
 - votre enfant
 - votre partenaire

Mentionnez la date précise du début de votre interruption temporaire d'activité:

___/___/_____.

2. Données relatives à la personne malade

- Nom de la personne malade: _____
- Prénom: _____
- Date de naissance: ___/___/____
- Lieu de résidence où sont procurés les soins palliatifs: _____

- Lien de parenté avec le demandeur: _____
- S'il s'agit d'un enfant, dénomination de la Caisse de paiement des allocations familiales: _____
- S'il s'agit d'un enfant, fait-il l'objet d'une garde alternée (cocher la case adéquate):
 Oui
 Non

3. Signature

Je certifie que toutes les données figurant sur ce formulaire sont exactes. Je m'engage à communiquer immédiatement par écrit chaque modification de ces données. En cas de décès de la personne malade, ou de reprise de mon activité professionnelle, je m'engage à informer immédiatement Xerius Caisse d'Assurances Sociales.

Date: ___/___/____

Signature du demandeur:

ATTESTATION A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT DE LA PERSONNE RECEVANT LES SOINS PALLIATIFS

Le travailleur précité déclare vouloir dispenser des soins palliatifs à la personne malade précitée qui se trouve en phase terminale et qui réside actuellement au lieu mentionné dans le présent formulaire.

Date: ___/___/____

Signature et cachet du médecin