

Procuration pour la détermination des tarifs d'aide à domicile

Nom : _____

Prénom : _____

Né/e le : _____

N° AVS : _____

Rue n° : _____

NPA, Localité : _____

Ordonnance médicale	☐ Oui	☐ Non	Remarque : _____
Assurance complémentaire	☐ Oui	☐ Non	Nom de la caisse : _____
Prestations complémentaires	☐ Oui	☐ Non	Remarque : _____

Procuration

relative à la transmission des informations fiscales et d'assurances sociales

- ☐ **J'autorise ESPAS à demander les informations utiles pour la détermination des tarifs auprès des assurances sociales et de l'autorité fiscale.**

Le/la soussigné(e) :

- Autorise** l'autorité fiscale, en application de l'art. 131 al. 3 de la loi d'impôt, à renseigner le service de facturation d'ESPAS sur son revenu imposable (chiffre 690 de la déclaration d'impôt) et sur sa fortune imposable (chiffre 890 de la déclaration d'impôt).
- Autorise** les organes des assurances sociales à renseigner ESPAS, respectivement le service d'aide et de soins à domicile qui dessert la population de sa commune, sur ses droits personnels en tant qu'assuré(e).

Durée de validité de la procuration

- ☐ La procuration reste valide tout au long de l'accompagnement par ESPAS.

Lieu et date : _____

Signature : _____