Demande de soutien financier pour des vacances individuelles

Madame, Monsieur,

Nous vous prions de bien vouloir remplir entièrement le formulaire en toute sincérité. Vos données personnelles seront traitées de manière strictement confidentielle.

Le délai pour nous renvoyer le formulaire est au plus tard le **31 mars 2019** à l'adresse suivante :

ferien@vereinigung-cerebral.ch ou par la poste à notre adresse (voir en bas de page).

Comme le nombre de financement est limité, les demandes seront traitées dans l'ordre d'arrivée.

Nous vous remercions de prendre note que pour la lisibilité du document, seule la forme masculine est utilisée dans ce document, il va sans dire que les femmes sont bien évidemment aussi concernées.

1. Voyage (pour qui le voyage est-il financé?):

|  |  |
| --- | --- |
| Type de voyage: |  |
| Personne(s) assistant(s), nombre ou noms: |  |
| Autres personnes participant au voyage : |  |
| Nombre de nuitées: |  |
| Agence de voyage souhaitée: |  |
| Autre: |  |

2. Financement (quel est le coût du voyage et comment est-il financé?):

|  |  |
| --- | --- |
| **Planification des coûts:** | CHF |
| Forfait de la personne en situation de handicap (transport, coût et logement) |  |
| Frais de voyage de la personne en situation de handicap (frais supplémentaires, excursions, etc.) |  |
| Frais du matériel de soins supplémentaire |  |
| Forfait co-voyageur(s) |  |
| Frais co-voyageur(s) |  |
| Forfait assistant(s) |  |
| Frais assistant(s) |  |
| Dédommagement ou honoraire assistant(s)  |  |
| Autres (p.ex. assurances, etc.): |  |
|  |  |
| **Total des coûts:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Financement prévu :** | CHF |
| Contribution personnelle du demandeur |  |
| Prestations d'autres personnes privées (avec le nom) |  |
| Demande auprès de l'Association Cerebral Suisse |  |
| Demande à d'autres institutions/fondations (avec le nom) |  |
| Informations complémentaires (p. ex. contribution à l'assistance de l'AI) : |  |
|  |  |
| **Total du financement :** |  |

3. Indications sur le voyageur en situation de handicap qui fait la demande:

|  |  |
| --- | --- |
| ⬜ Madame | ⬜ Monsieur |
| Nom : |  |  | Prénom : |  |
| Nom / Prénom comme sur le passeport ou la carte d'identité |   |
| Rue : |  |  | NPA / Localité : |  |
| Canton : |  |  | Nationalité : |  |
| N° de téléphone: |  |  | N° de natel: |  |
| Date de naissance: |  |  | E-Mail: |  |
| N° d’AVS/AI : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| J'ai une paralysie cérébrale : | ⬜ oui |
| ⬜ non, j'ai un autre handicap: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Je suis membre de l'Association régionale : |  |
| Si vous n’êtes pas encore membre, inscrivez-vous auprès de l’Association Cerebral de votre région et envoyez-nous une attestation. |
| Nom de l'institution ou du foyer:  |  |
| Personne référente: |  |
| E-Mail: |  | Tél.: |  |
| Envoi de la correspondance à l’adresse susmentionnée  | ⬜ oui |
| ⬜ non, à l'adresse suivante: |  |
|  |  |
| Facture à envoyer à l'adresse susmentionnée | ⬜ oui |
| ⬜ non, à l'adresse suivante: |  |
|  |  |
| Avez-vous un curateur: |  |  | ⬜ non |  ⬜ oui |
| De quelle forme de curatelle s’agit-il ? | O Curatelle d’accompagnement | O Curatelle de coopération |
|  | O Curatelle de représentation | O Curatelle de portée générale |
| Nom du curateur |  |  |  |  |
| E-Mail: |  |  | Tél.: |  |

Nous attirons votre attention sur le fait que dans de nombreux cas, votre curateur doit également signer le formulaire d’inscription (p. ex. : si vous n’êtes pas habilité-e à signer ou que vous n’avez pas le droit de gérer vous-même vos finances).

4. Soutien souhaité par l'Association Cerebral Suisse:

Souhaitez-vous du soutien dans la recherche d'un accompagnant?

⬜ Oui ⬜ Non

Souhaitez-vous du soutien dans les démarches initiales?

⬜ Oui ⬜ Non

5. Question sur le consentement:

Souhaitez-vous écrire un récit de voyage ou un article à publier ?

⬜ Oui ⬜ Non

J'accepte que mes photos soient éventuellement utilisées à des fins d'impression par l'Association Cerebral Suisse ainsi que sur son site internet.

⬜ Oui ⬜ Non

Si oui, veuillez nous envoyer le texte et/ou les photos sélectionnées après le voyage.

Merci beaucoup pour votre collaboration, qui sert à promouvoir les offres de vacances de l'Association Cerebral Suisse

J’accepte que mon numéro d’AVS/AI soit communiqué au besoin à la fondation „Denk an mich“ et à l'OFAS.

⬜ Oui ⬜ Non

6. Remarques

Avez-vous des besoins, des renseignements importants ou des questions?

Lieu/date: Signature de la personne qui fait la demande

Lieu/date: Signature du représentant légal

Par ma signature et/ou celle de mon représentant légal, je confirme que:

* avoir pris connaissance des pages 12/13 dans la brochure de vacances et de la page d'accueil https[://www.vereinigung-cerebral.ch/fr/prestations/nos-offres-de-vacances/voyages-individuels/](https://www.vereinigung-cerebral.ch/fr/prestations/nos-offres-de-vacances/voyages-individuels/) Je m'engage à respecter leur contenu et à agir en conséquence.
* avoir fourni des renseignements complets, exacts et véridiques. L'Association Cerebral Suisse décline toute responsabilité quant aux conséquences d'informations erronées ou incomplètes.
* avoir pris note que je dois moi-même vérifier d'être assuré à l'étranger ainsi qu'offrir des conditions d'emploi correctes aux assistants. L'Association Cerebral Suisse n'établit pas de contrat de travail et n'assume aucune responsabilité pour les assistants, y compris ceux qui sont placés par elle.