|  |
| --- |
| Direction de l’intérieur et de la justiceOffice des mineursHallerstrasse 5Case postale3001 Berne+41 31 633 76 33kja-bern@be.chwww.be.ch/om |
|
|  |

Formulaire concernant la participation aux coûts

|  |
| --- |
| 1. Données au sujet de l’enfant ou de la jeune personne placée
 |
| Numéro d’assurance sociale (n° AVS) | 756. |
| Nom  |  |
| Prénom |  |
| Date de naissance |  |
| Domicile au sens du droit civil  |  |
| Existe-t-il une curatelle / une tutelle?En cas de réponse positive, veuillez indiquer le nom, l’adresse, l’adresse électronique et le numéro de téléphone de la personne chargée de la curatelle ou de la tutelle. | [ ]  non ☐ oui, une curatelle☐ oui, une tutelle |
| 1. Données au sujet de la première personne ayant une obligation d’entretien
 |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Adresse (rue, n°, NPA, localité, canton) |  |
| Courriel |  |
| N° de téléphone  |  |
| Bénéficiez-vous d’une aide sociale matérielle ou de prestations complémentaires (PC) | ☐ oui ☐ non |
| Combien d’enfants à votre charge vivent dans votre ménage ou vous rendent régulièrement visite (en passant la nuit chez vous)?  |  |
| Vivez-vous avec la deuxième personne ayant une obligation d’entretien? | ☐ oui ☐ non |
| 1. Données au sujet de la deuxième personne ayant une obligation d’entretien
 |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Adresse (rue, n°, NPA, localité, canton) |  |
| Courriel |  |
| N° de téléphone  |  |
| Bénéficiez-vous d’une aide sociale matérielle ou de prestations complémentaires (PC) | ☐ oui ☐ non |
| Combien d’enfants à votre charge vivent dans votre ménage ou vous rendent régulièrement visite (en passant la nuit chez vous)?  |  |
| Vivez-vous avec la première personne ayant une obligation d’entretien? | ☐ oui ☐ non |
| 1. Données au sujet de l’autorité parentale concernant l’enfant ou la jeune personne placée
 |
| Autorité parentale  | ☐ commune ☐ attribuée à la mère ☐ attribuée au père ☐ aucune  |
| Garde | ☐ commune ☐ alternée ☐ attribuée à la mère ☐ attribuée au père |
|  |  |

1. Données au sujet du placement

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’institution |  |
| Nombre de nuits par semaine que l’enfant ou la jeune personne passe dans l’institution  |  |

1. Choix du modèle de la participation aux coûts

|  |  |
| --- | --- |
| Je demande / nous demandons à pouvoir choisir le modèle suivant  | ☐ modèle de la capacité économique  *(joindre les documents fiscaux)*☐ modèle de prise en charge des frais de repas  |

Lieu et date Lieu et date

................................................................... ..................................................................

................................................................... ..................................................................

Nom, prénom Nom, prénom