

DATE D'ENTREE EN ETABLISSEMENT :

FICHE DE LIAISON ET D'INFORMATION

NOM ET PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE (avant la 1^{ère} entrée en Etablissement) :

CERTIFIE ETRE BENEFICIAIRE DE LA PRESTATION SOCIALE A DOMICILE
SUIVANTE :

- A.P.A.** (Allocation Personnalisée d'Autonomie)
- P.C.H.** (Prestation de Compensation du Handicap)
- A.C.T.P.** (Allocation Compensatrice Tierce Personne)
- Aide ménagère** au titre de l'aide sociale

SERVIE PAR LE DEPARTEMENT DE L'ARDECHE

ET DECLARE ENTRER EN ETABLISSEMENT LE :

Fait pour servir et valoir ce que de droit,

A, le

signature

**FICHE A RETOURNER A L'UNITE TERRITORIALE COMPETENTE QUI
VOUS A NOTIFIE LA DECISION D'A.P.A., DE P.C.H., D'A.C.T.P.
OU D'AIDE MENAGERE(adresses au dos de la feuille)**

UNITE TERRITORIALE NORD
2 bis, rue du Bon Pasteur
07100 ANNONAY

UNITE TERRITORIALE SUD-OUEST
30, rue Albert Seibel
07200 AUBENAS

UNITE TERRITORIALE CENTRE
740, rue Jean Moulin
07500 GUILHERAND GRANGES

UNITE TERRITORIALE SUD-EST
15, rue du Travail
07401 LE TEIL CEDEX