



AVIS D'INTEGRATION, DE MUTATION OU DE SORTIE EPH (rempli par l'institution)

1	NOM DE L'ETABLISSEMENT ET NOM DU SITE :								
2	DEMANDEUR-EUSE	TYPE PRESTATION(S) : HO H AHE ADOM CdJ Atelier							
	Remarque :								
	NOM		N° DOSSIER SPC						
	PRENOM		SANS DOSSIER SPC <i>(COCHER LA CASE)</i>						
	GENRE	FEMININ MASCULIN							
	DATE DE NAISSANCE	<table border="1"> <tr> <td>Jour</td> <td>Mois</td> <td>Année</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Jour	Mois	Année				n° AVS
Jour	Mois	Année							
	TYPE DE HANDICAP	<input type="checkbox"/> physique <input type="checkbox"/> psychique <input type="checkbox"/> mental <input type="checkbox"/> sensoriel <input type="checkbox"/> polyhandicap							
	REPONDANT LEGAL ET AUTRE REPONDANT								
3	ENTREE	LIEU DE SEJOUR :							
	VENANT DE : (établissement, domicile, autres)		DATE (entrée) :						
	TARIF JOURNALIER	(résidence)	taux d'activité (%)						
	SALAIRE HORAIRE	(atelier)							
	BAIL RESILE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	DATE EFFET : (résiliation bail)						
4	SORTIES / DEPLACEMENTS								
	SORTIE POUR (établissement, domicile, autres)		DATE (sortie) :						
	MOTIFS SORTIE :								
5	MOUVEMENTS INTERNES (ETABLISSEMENTS MULTI-SITES)								
	MOUVEMENT VERS (changement type de prestation)		DATE (transfert) :						
	MOTIFS TRANSFERT :								
6	SITUATION DE DEPENDANCE		DATE (début de droit) :						
	DEGRE RENTE AI (%) :	DROIT (AI) dès le :							
	ALLOC. IMPOTENCE Faible Moyen Grave	DROIT (API) dès le :							
	DEGRE D'IMPOTENCE :								
7	DECES		DATE DECES :						
			LIEU DECES :						
8	TIMBRE DE L'ETABLISSEMENT ET SIGNATURE :	SIGNATURE DEMANDEUR-EUSE ET/OU REPONDANT LEGAL :	DATE :						
Ce document, dûment signé doit être transmis à la commission cantonale d'indication (CCI) par courriel électronique dans les 10 jours suivants la date d'intégration / mutation / sortie : indication@etat.ge.ch									