



**Demande de changement de prestataire
Dispositif handicap et dépendance**

Nom, prénom du bénéficiaire :

.....

N° assuré CAFAT :

.....

Adresse :

.....

.....

CAFAT

Service Action Sociale et Handicap

4, rue de Général Mangin – 98800 NOUMEA

BPL 5 - 98849 NOUMEA CEDEX

Mail : ash@cafat.nc

Nouméa, le

Objet : Demande de changement de prestataire

Référence de la décision : **N° du PAP** : -CHD du

(voir notification)

Monsieur le Directeur,

Je vous informe que je souhaite effectuer un changement de prestataire pour assurer :

- Mon accompagnement de vie
- Mon transport
- Mon accueil de jour
- Mon hébergement

Nom du prestataire actuel : Date de fin de prestation :

Après avoir informé de ma décision le prestataire qui assure actuellement la mesure et **avoir convenu avec le nouveau prestataire des modalités d'intervention**, je vous indique que je choisis :

Nom du nouveau prestataire :

Dans la mesure du possible, tout changement de prestataire est effectif à compter du premier jour du mois suivant la date de réception de la demande,

Sa prestation commencera à compter du : 1^{er}/202....

Je vous remercie de prendre acte de ce changement et je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations respectueuses.

Signature du bénéficiaire

ou

Nom et prénom du représentant légal

Signature du représentant légal