

**Demande de changement de prestataire**  
**Régime d'aides handicap et dépendance – Nouvelle-Calédonie**

Nom et prénom du bénéficiaire : .....

N° assuré CAFAT : .....

Adresse : .....

.....

à

Conseil du Handicap et de la Dépendance (CHD),  
34 bis rue de l'Alma,  
Immeuble First  
BP N4 - 98 851 Nouméa

Nouméa, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Objet : Demande de changement de prestataire - régime handicap et dépendance**

**N° du PAP :** ..... - CHD du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*(voir dernière décision en date de la CRHD vous concernant : exemple : « 22000-D1-2016N »)*

Madame la Présidente,

Je vous informe que je souhaite effectuer un changement de prestataire pour l'aide suivante :

- accompagnement de vie (AV)
- transport adapté
- accueil de jour (AJ)
- hébergement

Nom du prestataire actuel : .....

Date de fin de prestation souhaitée : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**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 (et avant le 20 du mois), tout changement de prestataire étant effectif à compter du premier jour du mois suivant la date de réception de la demande,*

Sa prestation pourrait commencer à compter du : 1<sup>er</sup> ...../201..

Je vous remercie de prendre acte de cette demande et vous prie d'agréer, Madame la Présidente, l'expression de mes salutations respectueuses.

\_\_\_\_\_  
*Signature du bénéficiaire*  
*Ou Nom et prénom du représentant légal et signature*