

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

Nom, prénom du bénéficiaire : .....

N° assuré CAFAT : .....

Adresse : .....

.....

Conseil du Handicap et de la Dépendance,  
34 bis rue de l'alma,  
Immeuble First  
B.P. N4  
98 851 Nouméa

Nouméa, le

**Objet : Demande de changement de prestataire**

**N° du PAP :** ..... - CHD du .....  
(voir notification)

Monsieur le Président,

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 (et avant le 20 du mois), 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<sup>er</sup> ...../201..

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

*Signature du bénéficiaire*

*ou*

*Nom et prénom du représentant légal*

*Signature du représentant légal*