

## CHANGEMENT DE PRESTATAIRE(S)

### Important

Pour assurer un traitement fluide de votre dossier, il convient de nous faire parvenir votre demande **15 jours avant le changement effectif de prestataire.**

Nom et prénom du bénéficiaire

Date de naissance     
jour mois année

N° assuré

N° décision CHD

### Je souhaite effectuer un changement de prestataire :

Nom du précédent prestataire :

Date de fin de prestation :     
jour mois année

**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 :**

PRESTATIONS	NOM DU NOUVEAU PRESTATAIRE	À COMPTER DU
Hébergement	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>jour mois année</small>
Accueil de jour	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>jour mois année</small>
Transport	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>jour mois année</small>
Accompagnement de Vie Simple	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>jour mois année</small>
Accompagnement de Vie Scolaire	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>jour mois année</small>
Accompagnement de Loisirs	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>jour mois année</small>

Fait le     
jour mois année

Cachet et signature du prestataire

Signature du bénéficiaire ou de son représentant légal  
 ou d'un parent (indiquez le lien de parenté)