



Agence de Services  
et de Paiement

# DEMANDE DE REMBOURSEMENT

## « ÉVALUATION DES PERSONNES SE DÉCLARANT MINEURES PRIVÉES TEMPORAIREMENT OU DÉFINITIVEMENT DE LA PROTECTION DE LEUR FAMILLE »

### DÉPARTEMENT / TRIMESTRE

Nom du département : \_\_\_\_\_

SIRET : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Trimestre concerné : \_\_\_\_\_

### NOMBRE

Nombre de personnes se déclarant mineures et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille ayant bénéficié d'un accueil provisoire d'urgence ainsi que d'une évaluation de leur situation : | | | | |

Dont nombre de personnes reconnues mineures et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille : | | | | |

### MONTANT A PAYER

Nombre de jours : | | | | | x 250,00 € = | | | | | | | | | euros

Je certifie avoir respecté les conditions figurant aux articles R 221-11 et R 221-12 du code de l'action sociale et des familles (décret 2016-840 du 24 juin 2016) et avoir mis en place, pour les personnes se déclarant mineures et privées temporairement ou définitivement de la protection de leur famille, un accueil provisoire d'urgence ainsi qu'une évaluation de leur situation.

Je demande le remboursement forfaitaire, par jour et par personne prise en charge, dans la limite des 5 jours mentionnés au I de l'article R. 221-11 du code de l'action sociale et des familles, des dépenses liées à l'accueil d'urgence, à l'évaluation et à l'accompagnement vers le lieu d'orientation.

Le remboursement étant conditionné, en application de l'article R 221-12 du code de l'action sociale et des familles, à la production d'une attestation de la durée de l'accueil provisoire, je joins à la présente demande de remboursement une attestation signée, qui peut prendre la forme d'un tableau signé, faisant apparaître pour chaque personne concernée, sa date de naissance, la date de début et la date de fin de l'accueil provisoire d'urgence, le nombre de jours d'évaluation dans la limite de cinq jours.

Fait à : \_\_\_\_\_ le : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  
jour mois année

Pour valoir certification du service fait

*(Nom et cachet du signataire - Qualité du signataire - Signature)*

