

Le/la soussigné/e

Nom, prénom _____
de la personne requérante

Date de naissance _____

Domicilié/e à _____

donne pouvoir

à la personne suivante, chargée de traiter la demande d'aide financière directe / d'acquisition de
moyens auxiliaires / de réparations,

Nom, prénom _____

Fonction Collaborateur/trice spécialisé/e dans le domaine Aide directe et
moyens auxiliaires, SLA Suisse

de procéder à des examens complémentaires pour établir un éventuel droit à un soutien financier
direct ou à l'obtention du moyen auxiliaire souhaité¹.

La personne fondée de pouvoir est autorisée à demander des informations nécessaires à l'octroi du
soutien demandé et à charger une organisation spécialisée (p. ex. FSCMA) de prendre des mesures
d'examen complémentaires.

Les personnes et institutions citées ci-après sont habilitées par la présente à fournir à la personne
fondée de pouvoir les renseignements requis et à lui faire parvenir les documents demandés. Dans la
mesure où elles sont liées au secret médical/professionnel, les personnes concernées en sont déliées
pour les besoins de renseignements.

-
- Médecin ou professionnel de la santé pouvant apprécier le besoin de soutien pour la personne
requérante
- Autres personnes ou institutions XY
(à définir dans le cas isolé).

La personne soussignée délivre la présente procuration exclusivement pour que des informations
qu'elle-même ne peut pas ou que partiellement donner puissent être obtenues.

Cette procuration est valable pour la durée de six mois et peut être révoquée en tout temps.

Lieu et date:

Signature:
