

ATTESTATION DE VERSEMENT de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie en Établissement

Identité du bénéficiaire :

- NOM et Prénom :
- Date de naissance :

Identification de l'établissement :

- NOM :
- Adresse :

Je soussigné,, directeur de l'établissement, certifie sur l'honneur que est entré(e) dans notre établissement le, et est toujours présent à ce jour.

Je vous informe que le versement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie attribuée devra s'effectuer :

- au bénéficiaire**
- à l'établissement (sur présentation de factures mensuelles).**

Cette attestation est délivrée pour faire valoir ce que de droit.

Fait à le

Signature du bénéficiaire
ou de son représentant

Signature du Directeur
et cachet de l'établissement

Attestation à renvoyer à :

**Mme Émilie GOURDY
DIRECTION AUTONOMIE PERSONNES ÂGÉES PERSONNES HANDICAPÉES -MDPH
Service Gestion financière PA PH
Pyramides du Conseil départemental
7 route de Guerry
18000 BOURGES**

**Tél. 02 48 27 64 97 Fax. 02 48 55 44 45
emilie.gourdy@departement18.fr**