

**Votre demande:
Prière de la remplir soigneusement**

Ce questionnaire est spécifique à la demande. Nous ne pouvons examiner votre requête que s'il est rempli de manière complète et précise. En cas de doute, posez-nous des questions. Nous perdons un temps précieux si le formulaire de demande n'est pas rempli correctement ou s'il manque des données.

Nos recommandations pour remplir la demande:

- 1** Lisez d'abord tranquillement le questionnaire en entier.
- 2** Notez les questions qui ne sont pas claires pour vous.
- 3** Soyez attentifs au fait qu'il y a des réponses que vous devez compléter par des documents.
Rassemblez les documents avant de remplir la demande.

Trois questions après avoir rempli la demande:

- Les réponses aux questions sont-elles complètes?
- Le questionnaire est-il signé?
- Avez-vous joint tous les documents demandés?

Si vous avez besoin d'aide pour répondre, appelez-nous simplement. Nous vous renseignons volontiers.

Avec nos meilleures salutations.

Demande: Moyens auxiliaires de l'AVS

Première demande

En cas de demande de renouvellement d'un moyen auxiliaire pour lequel l'AI ou l'AVS a déjà versé des prestations auparavant, il ne faut remplir que le paragraphe suivant **Demande de renouvellement d'un moyen auxiliaire**.

Pour quel moyen auxiliaire demandez-vous une contribution de l'AVS?

appareil acoustique pour une oreille
fauteuil roulant (montant forfaitaire)
chaussures orthopédiques sur mesure ou
chaussures orthopédiques de série
perruque
lunettes loupes ou
appareil de lecture/appareil de lecture à l'écran
appareil orthophonique
épithèse faciale

Demande de renouvellement d'un moyen auxiliaire

Quel moyen auxiliaire doit être renouvelé?

Quand pour la première fois des prestations en lien avec ce moyen auxiliaire ont-elle été accordées?

Par quel office?

Le moyen auxiliaire a-t-il été prescrit par un médecin spécialiste?

oui non

Si oui, prière d'indiquer le nom et l'adresse de votre médecin spécialiste.

Si non, prière d'indiquer le nom et l'adresse de votre médecin-traitant

Nom

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

1. Renseignements personnels

> 1.1

Nom de famille (pour les personnes mariées ou veuves, également celui de célibataire)

> 1.2

Prénoms (tous les prénoms, prière d'écrire en majuscules le prénom usuel)

féminin

masculin

> 1.3

Date de naissance (jour/mois/année)

Numéro AVS

> 1.4

Domicile légal avec adresse exacte (en cas de séjour dans une institution, prière d'en indiquer le nom)

Nom de l'institution

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

Numéro de téléphone

Mobile

Lieu de résidence actuel (au cas où il diffère du domicile légal, par ex. séjour hospitalier ou dans un home)

Nom de l'institution

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

> **1.5**

Existe-t-il une tutelle?

oui

non

Une curatelle?

oui

non

Si oui, nom et adresse du tuteur/de la tutrice, respectivement du curateur/de la curatrice

Siège de l'autorité tutélaire

Prière de joindre à cette demande une copie de l'attestation de l'autorité tutélaire ou de l'acte de nomination du curateur

> **1.6**

Origine pour les citoyennes/citoyens suisses

Commune d'origine/canton

Citoyenneté suisse depuis

Origine pour les ressortissants étrangers

Pays d'origine

Date d'entrée en Suisse

> **1.7**

Etat civil

depuis

> **1.8**

Touchez-vous des prestations complémentaires?

non

oui

Si oui, par quelle institution sont-elles versées?

Nom de l'institution

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

2. Données sur l'atteinte à la santé

L'atteinte à la santé a-t-elle été causée totalement ou partiellement par un tiers (par ex. accident de la circulation)?

oui

non

3. Données relatives au fournisseur du moyen auxiliaire

Société

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

Numéro de téléphone

Prière de joindre à cette demande toute copie de devis et/ou de factures

4. Versement

Compte bancaire

Nom et adresse de la banque, respectivement de l'agence

Au nom de (nom/prénom)

No de compte (IBAN)

Compte postal

Au nom de (nom/prénom)

No de compte (IBAN)

Le paiement de prestations de l'AVS ne se fait que sur un compte postal ou bancaire

5. Organes compétents pour recevoir la demande

La demande doit être déposée auprès de l'office AI du canton de domicile.

6. Autorisation/Signature/Annexes

En faisant valoir son droit aux prestations et en signant ce formulaire, la personne assurée ou son/sa représentant/e autorise les personnes et offices mentionnés dans la demande à communiquer aux organes de l'assurance-invalidité tous les renseignements et documents nécessaires pour l'examen du droit aux prestations et de recours en vue de la prise d'une décision. Ces personnes et offices sont soumis à l'obligation de renseigner.

Les employeurs qui ne sont pas nommément mentionnés dans ce formulaire, les fournisseurs de prestations en vertu des articles 36–40 de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal), les assurances et les offices sont autorisés à communiquer aux organes de l'assurance-invalidité, sur leur demande, tous les renseignements et documents nécessaires pour l'examen du droit aux prestations et de recours en vue de la prise d'une décision.

7. Signature/Annexes

Le/la soussigné(e) certifie avoir répondu à toutes les questions de manière complète et conforme à la vérité.

Date

Signature de la personne assurée ou de son/sa représentant(e)

Adresse du/de la représentant(e) de la personne assurée si cette dernière ne signe pas en personne.

Eventuellement, désignation et adresse du service social ou nom et adresse de la personne qui soutient l'assuré(e)

Annexes et remarques complémentaires

Sont à joindre à la demande:

– attestation de l'autorité tutélaire, acte de nomination du curateur, copies des factures, des devis.

