

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?

Vous pouvez aussi télécharger ce questionnaire sur notre site web.

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

Avec nos meilleures salutations.

Demande pour mineurs

Quelles prestations d'assurances sont demandées?

Mesures médicales par ex. en cas d'infirmité congénitale

Mesures pour une réadaptation professionnelle

Moyen auxiliaire (prothèse, fauteuil roulant, etc.)

Si oui, lequel?

Fournisseur souhaité (prière de joindre des copies des factures ou des devis)

1. Renseignements personnels

> 1.1

Nom de famille

> 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

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

dans la mesure où il/elle n'est plus célibataire, date du changement d'état civil

2. Identité des parents de la personne assurée

Mère

> **2.1**

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

> **2.2**

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

> **2.3**

Date de naissance (jour/mois/année)

Numéro AVS

> **2.4**

Adresse

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

Numéro de téléphone

Mobile

> **2.5**

Origine pour les citoyennes suisses

Commune d'origine/canton

Citoyenneté suisse depuis

Origine pour les ressortissantes étrangères

Pays d'origine

Date d'entrée en Suisse

> **2.6**

Etat civil

le cas échéant, date du décès

Père

> **2.7**

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

> **2.8**

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

> **2.9**

Date de naissance (jour/mois/année)

Numéro AVS

> **2.10**

Adresse

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

Numéro de téléphone

Mobile

> **2.11**

Origine pour les citoyens suisses
Commune d'origine/canton

Citoyenneté suisse depuis

--	--

Origine pour les ressortissants étrangers
Pays d'origine

Date d'entrée en Suisse

--	--

> **2.12**

Etat civil

le cas échéant, date du décès

--	--

> **2.13**

Si les parents sont séparés, lequel a l'exercice de l'autorité parentale?
en commun mère père

Nom de famille

Prénom

--	--

Adresse postale
Numéro postal, lieu

Rue, numéro

--	--

3. Données relatives à la formation/aptitudes de la personne assurée

> **3.1**

Ecole fréquentée actuellement
Désignation et adresse de l'école

Depuis quand?

--	--

> **3.2**

Ecole fréquentée précédemment
Désignation et adresse de l'école

Depuis quand?

--	--

--	--

> **3.3**

La personne assurée se trouve-t-elle en formation professionnelle initiale ou une place de formation est-elle en vue?

oui

non

Genre de formation

Début et durée de la formation

--	--

Nom de l'entreprise formatrice ou de l'établissement scolaire

--

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

--	--

> **3.4**

Y a-t-il des frais supplémentaires liés au handicap pour cette formation?

oui

non

Données exactes de ces frais supplémentaires en détail (donner la justification précise sous chiffre 5.6)

--

--

> **3.5**

La personne assurée était-elle déjà dans la vie active?

oui non

Genre de l'activité

Adresse de l'employeur

de quand à quand

4. Données générales

> **4.1**

Une demande de prestations AI a-t-elle déjà été déposée pour la personne assurée?

oui non

Si oui, auprès de quel office AI?

--

> **4.2**

Des prestations sont-elles ou ont-elles été versées?

oui non

Si oui, lesquelles?

--

> **4.3**

La personne assurée a-t-elle déposé une demande, resp. touche-t-elle des prestations (par ex. traitement médical, mesures de réadaptation, indemnités journalières, rente, moyen auxiliaire) de la SUVA?
d'une autre assurance dans le cadre de l'assurance-accidents obligatoire?
de l'assurance-militaire?

Si oui, nom et adresse de l'assurance (respectivement de l'agence compétente)

--

Référence (par ex. SUVA-, numéro d'accident)

--

> **4.4**

Auprès de quelle caisse-maladie la personne assurée est-elle affiliée (assurance de base)?

--

> **4.5**

Quelles autorités ou institutions se sont-elles déjà occupées du handicap de la personne assurée? Nom et lieu de ces institutions (autorités scolaires, offices d'orientation professionnelle, services sociaux privés et publics, offices de l'emploi, SUVA, etc.)

Quand?

5. Données sur l'atteinte à la santé

> 5.1

L'atteinte à la santé a-t-elle été causée par
une infirmité congénitale?

une maladie?

un accident?

Précisions sur le genre d'atteinte à la santé

> 5.2

Depuis quand l'atteinte existe-t-elle?

> 5.3

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

oui

non

> 5.4

Auprès de qui la personne assurée est-elle en traitement?

Nom et adresse du médecin traitant

Du

au

Pour quelles affections?

Nom et adresse du/de la spécialiste, respectivement de l'hôpital ou de l'établissement de soins

Spécialité

Du

au

Pour quelles affections?

Nom et adresse du/de la spécialiste, respectivement de l'hôpital ou de l'établissement de soins

Spécialité

Du

au

Pour quelles affections?

> 5.5

La personne assurée possède-t-elle déjà un moyen auxiliaire (prothèse, fauteuil roulant, etc.)

oui

non

Si oui, lequel

Depuis quand?

> 5.6

Remarques complémentaires sur le handicap et les mesures prévues

6. Versement

Compte bancaire personnel (description exacte, par. ex. compte privé, compte-épargne)

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

No du Compte-bancaire

--	--

Au nom de (nom/prénom)

--

Numéro du compte de chèques postaux de la banque

Numéro de clearing bancaire

--	--

Compte postal

Numéro de compte postal

--

7. Office compétent pour le dépôt de la demande

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

8. Autorisation de communiquer des renseignements

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 mentionnées 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.

Cette autorisation permet à l'office AI d'informer les instances entrant en ligne de compte pour la réadaptation (médecins traitants, employeurs, institutions).

9. Obligation de collaborer

Il est attendu de la part du participant que tout ce qui est exigible soit entrepris afin d'empêcher la survenance d'une invalidité.

10. Signature/Annexes

Le/la soussigné-e atteste avoir donné dans ce formulaire des renseignements complets et conformes à la vérité et qu'il en est de même pour les annexes y relatives.

Date

--

Signature du/de la représentant/e légal/e de la personne assurée

--

Annexes et remarques complémentaires

--

--

--

Pièces à joindre à la demande:

- copies des certificats d'assurance de l'AVS/AI de la personne assurée
- copie d'une pièce d'identité officielle (par ex. certificat de naissance, livret de famille, récépissé des papiers déposés) qui attestent de l'identité de toutes les personnes mentionnées dans cette demande
- pour les ressortissants étrangers: copies des passeports étrangers de la personne assurée ainsi que de ses parents
- a joindre si nécessaire: copies d'attestations de formation, d'établissements d'enseignement et d'attestation d'employeurs, attestation de l'autorité tutélaire, certificats médicaux, acte de nomination du curateur, acte de décès