

1. Renseignements personnels

1.1 Indications personnelles

Nom

indiquer aussi le nom de célibataire

Prénoms

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

féminin masculin

Date de naissance

jj, mm, aaaa

Numéro d'assuré

13 chiffres. Le numéro AVS figure aussi sur la carte suisse d'assurance-maladie.

Etat civil

depuis

jj, mm, aaaa

1.2 Domicile légal avec adresse exacte

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

Numéro de téléphone

E-Mail

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

En cas de séjour dans un hôpital ou dans un home

Date de l'entrée

1.3 Curatelle

Existe-t-il une curatelle ?

oui non

Si oui, nom et adresse du curateur/du représentant

Si oui, prière de joindre à cette demande une copie de l'acte de nomination du curateur.

1.4 Citoyenneté

Ressortissant-e-s suisses
Commune d'origine/canton

Citoyenneté suisse depuis

jj, mm, aaaa

Ressortissant-e-s étrangers/-ères
Pays d'origine

Date d'entrée en Suisse

jj, mm, aaaa

2. Données générales

2.1 Rente de vieillesse

Nom et adresse de la caisse de compensation qui verse la rente de vieillesse.

Touchez-vous une rente vieillesse de l'étranger ? (Prière de joindre une attestation correspondante)

oui non

Si oui, de quel pays ?

2.2 Caisse-maladie

Auprès de quelle caisse-maladie êtes-vous assuré (assurance de base) ?

Nom et adresse

2.3 Prestations complémentaires

Touchez-vous des prestations complémentaires ? (Dans l'affirmative, prière de joindre une attestation correspondante)

oui non

2.4 Allocation pour impotent

Touchez-vous déjà une allocation pour impotent ?

oui non

3. Données sur l'atteinte à la santé

3.1 Renseignements plus précis sur le genre d'atteinte à la santé

Depuis quand l'atteinte existe-t-elle ?

3.2 Accident ou origine de l'atteinte

L'atteinte à la santé est entièrement ou partiellement due à :

- un accident (par ex. accident de circulation, exercice d'une activité professionnelle ou sportive, violence, etc.)
- une autre origine (par ex. éventuelle erreur médicale, infection contractée dans un hôpital, blessure causée par un animal, des produits, une tentative de suicide, etc.)
- une maladie

Remarques complémentaires à l'événement

3.3 Médecin, hôpital ou centre de soins

Indiquez s'il vous plaît le nom de votre médecin traitant, de l'hôpital ou du home

Nom et adresse

Spécialité

Pour quelles affections ?

En traitement depuis

jj, mm, aaaa

En traitement jusqu'au

jj, mm, aaaa

Nom et adresse

Spécialité

Pour quelles affections ?

En traitement depuis

jj, mm, aaaa

En traitement jusqu'au

jj, mm, aaaa

4. Données relatives à l'impotence

4.1 Actes ordinaires de la vie

En raison de votre impotence et malgré des moyens auxiliaires, avez-vous besoin d'une aide directe (« physique ») ou indirecte (« incitations ») de la part d'un tiers, de façon régulière et importante, pour accomplir les actes ordinaires de la vie suivants? Nous vous prions de décrire le type d'aide de tiers de la manière la plus concrète possible. En outre, nous avons besoin de savoir depuis quand (mois/année) et combien de fois par jour, respectivement par semaine, l'aide est-elle apportée.

Se vêtir/se dévêtir

oui non

depuis (mois/année)

genre et fréquence de l'aide (description exacte)

Se lever/s'asseoir/se coucher

oui non

depuis (mois/année)

genre et fréquence de l'aide (description exacte)

Manger (couper les aliments/porter les aliments à la bouche)

oui non

depuis (mois/année)

genre et fréquence de l'aide (description exacte)

Soins du corps (se laver, se coiffer, se raser, se baigner/se doucher)

oui non

depuis (mois/année)

genre et fréquence de l'aide (description exacte)

Aller aux toilettes (propreté, se rhabiller, sonder ou acte similaire)

oui non

depuis (mois/année)

genre et fréquence de l'aide (description exacte)

Se déplacer/Entretenir des contacts sociaux (dans l'appartement/à l'extérieur)

oui non

depuis (mois/année)

genre et fréquence de l'aide (description exacte)

4.2 Prestations d'aide médicale

Avez-vous besoin de soins permanents ou de prestations d'aide médicale (par ex. l'administration quotidienne de médicaments, le changement de pansements, etc.) ?

oui non de jour de nuit

Si oui, sous quelle forme et dans quels domaines ?

Maximum de 1200 caractères

Depuis quand le besoin de soins existe-t-il dans cette mesure ?

mm, aaaa

4.3 Prestation d'aide

Qui fournit, resp. fournissait l'aide durant les 2 dernières années ?

Nom de l'institution/de l'accompagnant/e

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

Nom de l'institution/de l'accompagnant/e

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

4.4 Surveillance personnelle

Nécessitez-vous une surveillance personnelle ?

oui non de jour de nuit

Si oui, sous quelle forme et dans quels domaines ?

Depuis quand le besoin de surveillance existe-t-il dans cette mesure ?

mois/année

Qui s'occupe de la surveillance ?

Nom/institution

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

4.5 Alitement

Devez-vous continuellement rester couché(e) ?

oui non

Combien d'heures par jour en moyenne pouvez-vous vous lever ?

4.6 Moyens auxiliaires

Avez-vous des moyens auxiliaires ?

oui non

Si oui, lesquels ?

4.7 Formulaire rempli

Ce formulaire a été rempli par :

Nom de l'institution

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

Numéro de téléphone

Mobile

5. 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 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. En signant ce formulaire, la personne assurée ou son/sa représentant/e ou des avocat-e-s donne son autorisation pour recourir aux renseignements de tiers. L'ensemble des personnes et autorités, désignées dans le cadre de la présente autorisation, sont libérées par la personne assurée de leur obligation de garder le secret, qu'il s'agisse du secret de fonction ou du secret professionnel, vis-à-vis des organes de l'assurance-invalidité.

6. 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 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

Remarques complémentaires

Pièces à joindre à la demande :

- copie des pièces d'identité officielles (par ex. livret de famille, certificat individuel d'état civil ou acte de famille, récépissé des papiers déposés, passeport), qui sont liées aux données personnelles
- pour les ressortissants étrangers: copie du permis d'établissement ou de séjour

À joindre si nécessaire :

- acte de nomination du curateur, rapport d'entrée ou de sortie en cas de séjour dans un home

Prière de ne pas attacher vos documents ensemble

7. Données du médecin-traitant

7.1 Diagnostics

Diagnostics (Diagnostics principaux en lettres capitales)

Examen du

En traitement du

En traitement au

7.2 Séjours stationnaires

Des séjours stationnaires ont-ils eu lieu?

oui non

de

jj, mm, aaaa

au

jj, mm, aaaa

Nom de l'hôpital

7.3 Moyen auxiliaire

L'impotence peut-elle être réduite par l'octroi d'un moyen auxiliaire ?

oui non

Si oui, desquels?

7.4 L'état de santé

L'état de santé de la personne assurée est

inchangé s'améliore s'aggrave

7.5 Pronostic

7.6 Situation médicale (prière de décrire l'état de santé et les limitations existantes)

Limitations physiques (type/effet)

Limitations psychiques (type/effet)

Limitations cognitives et intellectuelles (type/effet)

7.7 Données relatives à l'impotence

Les renseignements fournis sous chiffre 4 coïncident-ils – aussi en ce qui concerne le besoin d'aide – avec les constatations que vous avez faites ci-dessus ?

oui non

7.8 Remarques

Remarques (prière de compléter en particulier pour des données plus détaillées au cas où vous avez répondu par la négative à la question précédente)

7.9 Signature

Nom

Prénom

Date

Timbre et signature du médecin

Adresse exacte (cabinet/service)

Numéro de téléphone en cas de questions complémentaires

(S'il n'est répondu qu'aux questions 7.1 - 7.7, la position Tarmed 00.2205 peut être utilisée dans la facture. Si des investigations complémentaires sont nécessaires sous 7.8, la position Tarmed 00.2230 peut être utilisée ou la position Tarmed 00.2240 pour autant que le rapport nécessite plus de 10 minutes).

8. Organe compétent pour recevoir la demande

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