

## Demande de bonifications pour tâches d'assistance



### 1. Données de la personne soumettant la demande

#### 1.1 Nom

indiquer aussi le nom de célibataire

#### 1.2 Tous les prénoms

le prénom usuel en majuscules

#### 1.3 Date de naissance

jj, mm, aaaa

#### 1.4 Numéro d'assuré

13 chiffres, inscription sans points et espaces.

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

#### 1.5 Sexe

masculin  féminin

#### 1.6 Adresse

Rue, no

NPA, Localité

Téléphone / Mobile

Courriel

#### 1.7 Nationalité

Nationalité

Citoyenneté suisse depuis :

Lieu d'origine / Canton

### 2. Données personnelles du conjoint / de la conjointe ou de la partenaire enregistrée / du partenaire enregistré

#### 2.1 Nom

indiquer aussi le nom de célibataire

#### 2.2 Tous les prénoms

le prénom usuel en majuscules

#### 2.3 Date de naissance

jj, mm, aaaa

#### 2.4 Numéro d'assuré

13 chiffres, inscription sans points et espaces.

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

#### 2.5 Sexe

masculin  féminin

### 3. Enfants

---

#### 3.1 Avez-vous des enfants de moins de 16 ans?

oui  non

#### 3.2 Date de naissance du cadet / de la cadette

jj, mm, aaaa

#### Remarque :

Les enfants adoptifs et les enfants d'un autre lit sont considérés comme des propres enfants.

Les enfants de moins de 16 ans ne donnent pas droit à une bonification pour tâches d'assistance, puisqu'une bonification pour tâches éducatives à leur intention est d'ores et déjà créditée.

### 4. Indications relatives à l'activité professionnelle

---

#### 4.1 Exercez-vous une activité professionnelle?

Salarié/e  Indépendant/e  Je n'exerce pas d'activité lucrative

Nom et adresse des **tous** les employeurs ou de raison sociale :

Nom

Adresse

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

#### 4.2 Votre conjoint / conjointe ou votre partenaire enregistré/e exerce-t-il/elle une activité lucrative?

Salarié/e  Indépendant/e  Il/elle n'exerce pas d'activité lucrative

Nom et adresse des **tous** les employeurs ou de raison sociale :

Nom

Adresse

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

### 5. Données de la personne tributaire de soins et d'assistance

---

#### 5.1 Nom

indiquer aussi le nom de célibataire

#### 5.2 Tous les prénoms

le prénom usuel en majuscules

#### 5.3 Date de naissance

jj, mm, aaaa

#### 5.4 Numéro d'assuré

13 chiffres, inscription sans points et espaces.

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

#### 5.5 Sexe

masculin  féminin

#### 5.6 Adresse

Rue, no

NPA, Localité

Téléphone / Mobile

Courriel

### 5.7 Nationalité

Citoyenneté suisse depuis :

Lieu d'origine / canton

### 5.8 Des allocations pour impotent ont-elles déjà été versées ?

oui  non

Si oui :

Par quelle caisse de compensation ?

### 5.9 Des allocations pour impotent ont-elles déjà été versées à un mineur tributaire de soins et d'assistance ?

oui  non

Si oui :

Par quel office AI ?

## 6. Indications sur le degré de parenté

---

### 6.1 Quel est votre lien de parenté avec la personne tributaire de soins et d'assistance? Vous êtes :

Son père ou sa mère

Son époux ou son épouse

Son enfant ou un enfant d'un autre lit

Son frère ou sa soeur

Autre : (S'il vous plaît ajoutez)

S'il vous plaît ajoutez

### 6.2 D'autres proches partagent-ils les tâches d'assistance ?

oui  non

#### Remarque :

Dans l'affirmative, chacune des personnes qui fournissent de l'assistance doit remplir Feuille annexe à la demande de bonifications pour tâches d'assistance (formulaire 318.270.1).

## 7. Durée de la prise en charge

---

### 7.1 Pendant l'année civile qui précède le dépôt de votre demande, quelle a été la durée de la prise en charge ?

(Cette indication est essentielle pour le calcul du droit à la bonification.)

de

jj, mm, aaaa

à

jj, mm, aaaa

jj, mm, aaaa

jj, mm, aaaa

### 7.2 Au cours de la période indiquée à la réponse 7.1, durant combien de jours avez-vous pris en charge la personne tributaire de soins et d'assistance ?

**7.3 La personne tributaire de soins et d'assistance était-elle dans un home, un hôpital ou en cure pendant l'année civile qui précède le dépôt de votre demande ?**

oui  non

Si oui :

de

à

jj, mm, aaaa

jj, mm, aaaa

jj, mm, aaaa

jj, mm, aaaa

## **8. Accessibilité**

---

**8.1 La personne tributaire de soins et d'assistance habite-t-elle à moins de 30 km du lieu de domicile de celle qui lui fournit de l'assistance ?**

oui  non

**8.2 Le trajet effectué par la personne qui fournit de l'assistance dure-t-il moins d'une heure pour se rendre chez celle qui est prise en charge ?**

oui  non

### **8.3 Observations**

## 9. Remarques importantes et signatures

---

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

Lieu et date	Signature de la personne soumettant la demande ou de sa représentant légal
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adresse du représentant

Lieu et date	Signature de la personne tributaire de soins et d'assistance ou de sa représentant légal
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adresse du représentant

**Prière de ne pas attacher vos documents ensemble.**

**Annexes :**

- Procurations de représentation
- Pièces d'identité établissant clairement l'identité de toutes les personnes mentionnées dans la demande (par ex. livret de famille, acte d'origine, permis d'établissement ou de séjour, attestation de domicile, récépissé des papiers déposés, passeport, livret pour étranger) (copies)
- Feuille annexe à la demande de bonifications pour tâches d'assistance

Nombre de feuilles annexes :