

Demande de prestations AI pour adultes : Contribution d'assistance



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 AVS

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

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

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 et la description des obligations et des tâches.

1.4 Caisse-maladie

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

1.5 Situation de domicile

Habitez-vous:

- seul-e
- avec vos parents
- avec votre partenaire (marié-e)

avec des enfants ? Nombre?

avec d'autres personnes? lesquelles?

dans un home ? Date de l'entrée

Projetez-vous de changer votre mode d'habitation avec la contribution d'assistance, respectivement de quitter le home ?

- oui non

Quand avez-vous des propositions concrètes ?

2. Données sur l'atteinte à la santé

2.1 Médecin, hôpital ou centre de soins

Prière de nous indiquer ici votre médecin de famille ainsi que les autres médecins, hôpitaux ou centres de soins qui vous traitent.

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

3. Renseignements relatifs à la situation professionnelle/occupationnelle

3.1 Activité lucrative

Exercez-vous une activité lucrative ?

oui non j'aimerais le faire grâce à la contribution d'assistance

Si oui, nom et adresse de l'employeur

Revenu brut CHF (heure, semaine, mois)

Taux en %

3.2 Formation

Etes-vous en formation ?

oui non j'aimerais le faire grâce à la contribution d'assistance

Si oui, quel genre de formation et nom de l'organisme de formation ?

Taux en % ?

4. Versement

Compte bancaire Compte postal

Au nom de

nom, prénom

IBAN

Nom et lieu de la banque

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

La personne soussignée atteste avoir fourni des informations et des documents complets et conformes 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

Remarques complémentaires

Sont à joindre le cas échéant à la demande :

- acte de nomination du curateur et la description des obligations et des tâches
- attestation de sortie du home

En cas d'activité indépendante :

- dernière décision de la caisse de compensation concernant le revenu d'une activité indépendante

Prière de ne pas attacher vos documents ensemble

7. Organe compétent pour recevoir la demande

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