

# Demande de prestations pour mineurs: Contribution d'assistance de l'AI



## 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

Existe-t-il une tutelle?

oui  non

Si oui, nom et adresse de la curatelle resp. du tuteur

Joignez à cette demande une copie de l'acte de nomination de la curatelle/tutelle et la description des obligations et des tâches.

### 1.4 Droit de garde

Si les parents sont séparés, lequel a l'exercice de l'autorité parentale ?

en commun  mère  père

Parents non mariés ou droit de garde commun: A qui doit être adressée la correspondance ?

mère  père

### 1.5 Caisse-maladie

Après de quelle caisse-maladie est assuré votre enfant (assurance de base) ?

Nom et adresse

## 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 du/de la spécialiste, respectivement de l'hôpital ou de l'établissement de soins

Spécialité

Pour quelles affections ?

En traitement depuis

jj, mm, aaaa

En traitement jusqu'au

jj, mm, aaaa

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

Spécialité

Pour quelles affections ?

En traitement depuis

jj, mm, aaaa

En traitement jusqu'au

jj, mm, aaaa

## 3. Données sur la formation, resp. la situation professionnelle/occupationnelle

---

### 3.1 Formation

Votre enfant se trouve-t-il en formation?

oui

non

Nous souhaitons rendre possible la formation avec la contribution d'assistance

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

Taux en %

### 3.3 Activité lucrative

Votre enfant est-il actif professionnellement?

oui

non

Nous souhaitons réaliser une activité lucrative avec la contribution d'assistance

Si oui, nom et adresse de l'employeur

Revenu brut CHF

Taux en %

heure, semaine, mois

#### 4. 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, le/la représentant/-e légal/-e de la personne assurée ou son/sa représentant/e de même que 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.

#### 5. 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)

Remarques complémentaires

**Sont à joindre le cas échéant à la demande:**

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

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

## 5. Organe compétent pour recevoir la demande

---

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