

Demande de prestations AI pour adultes : Prestation transitoire



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 Situation actuelle

Etat civil

depuis

jj, mm, aaaa

Données personnelles de la conjointe/du conjoint, resp. de la partenaire enregistrée/du partenaire enregistré

Nom

indiquer aussi le nom de célibataire

Prénoms

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

Date de naissance

jj, mm, aaaa

Numéro d'assuré

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

1.5 Eventuel-s union-s précédente-s ou partenariat-s enregistré-s

Date du mariage/de l'enregistrement

Etat civil

depuis

jj, mm, aaaa

Renseignements personnels sur le/la partenaire précédent-e

Nom

indiquer aussi le nom de célibataire

Prénoms

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

Date de naissance

jj, mm, aaaa

Numéro d'assuré

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

2. Enfants

Indiquez-nous tous les enfants, même ceux qui sont déjà majeurs.

Nom	Prénom	Date de naissance	Sexe	Ev. Date décès	Statut
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> f <input type="radio"/> m	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Propre enfant <input type="checkbox"/> Enfant d'un autre lit <input type="checkbox"/> Enfant adoptif
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> f <input type="radio"/> m	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Propre enfant <input type="checkbox"/> Enfant d'un autre lit <input type="checkbox"/> Enfant adoptif
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> f <input type="radio"/> m	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Propre enfant <input type="checkbox"/> Enfant d'un autre lit <input type="checkbox"/> Enfant adoptif
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> f <input type="radio"/> m	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Propre enfant <input type="checkbox"/> Enfant d'un autre lit <input type="checkbox"/> Enfant adoptif

3. Données générales

3.1 activité lucrative

Intitulé du poste/fonction

Taux en %

Nom et adresse de l'employeur

3.2 Prestations suite à l'incapacité de travail

Avez-vous obtenu depuis le début de l'incapacité de travail des prestations de l'une des institutions suivantes ?

d'une assurance-maladie sous forme d'indemnités journalières ?

Nom et adresse de l'assurance, y compris numéro de référence

de la SUVA ou d'une autre assurance dans le cadre de l'assurance accident obligatoire ?

Nom et adresse de l'assurance, y compris le numéro de référence et/ou le numéro d'accident

de l'assurance militaire ?

Nom et adresse de l'assurance, y compris le numéro d'accident

de la prévoyance professionnelle ?

Nom et adresse de l'institution de prévoyance

de l'aide sociale ?

Nom et adresse du service social

de l'assurance-chômage ou du service régional de placement (ORP) ?

Nom et adresse de la caisse de chômage (si une indemnité de chômage a été versée) ou de l'ORP

votre employeur ?

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.

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

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

Pièces à joindre à la demande :

- attestation dûment établie et complétée par votre médecin-traitant selon point 7
- copie d'une pièce officielle personnelle (par ex. livret de famille)
- pour les étrangers: copie du permis d'étranger
- copie de l'attestation de formation au cas où vous avez des enfants âgés entre 18 et 25 ans

à joindre si nécessaire :

- Attestations de formation, d'apprentissage, de fréquentation de hautes écoles, attestation d'employeurs, certificats médicaux, copie du jugement de divorce ou de séparation, y compris l'attestation d'entrée en force ou de la convention de divorce ou de séparation, resp. tout document analogue en cas de partenariat enregistré, copies des actes de naissance des enfants, certificat de vie, acte de décès, acte de nomination du curateur et la description des obligations et des tâches

Prière de ne pas attacher vos documents ensemble

7. Attestation médicale

Prière de faire remplir par votre médecin-traitant

7.1 Données relatives à l'atteinte à la santé (genre, influence sur la capacité de travail)

7.2 Données relatives à l'incapacité de travail

Depuis la décision de diminution de rente respectivement de suppression, la personne assurée a-t-elle exercé une activité lucrative ?

oui Quel est le degré d'incapacité de travail jusqu'à ce jour dans la dernière activité exercée, par rapport à un taux de 100% ?

non Quel est le degré d'incapacité de travail jusqu'à ce jour dans des activités qui, dans le cadre de la décision de réduction, respectivement de suppression de rente, ont été considérées exigibles, par rapport à un taux de 100% ?

IT en %

du

au

jj, mm, aaaa

jj, mm, aaaa

7.3 Pronostic

A partir de quand la personne assurée pourra-t-elle à nouveau exercer l'activité décrite sous le chiffre 7.2 (pronostic) ?

Cela nécessite-t-il des conditions particulières ?

7.4 Ressources

De quelles ressources/autres capacités la personne assurée dispose-t-elle pour le cas où elle ne serait plus en mesure de reprendre l'activité décrite sous chiffre 7.2 ?

7.5 Remarques complémentaires

Nous vous serions particulièrement reconnaissants de nous indiquer, parmi les copies des rapports actuels établis par des hôpitaux ou des spécialistes, lesquels sont utiles.

7.6 Accident ou origine de l'atteinte

L'atteinte à la santé est-elle due totalement ou en partie 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.)

Remarques complémentaires à l'événement

7.7 Signature

Prénom, nom, date et signature du médecin

Adresse exacte (cabinet/département)

Pour la facturation de ce questionnaire, appliquer la position TarMed 00.2205 (rapport intermédiaire AI). La consultation et les examens nécessités pour le complètement de ce document peuvent nous être facturés selon le tarif.

8. Organe compétent pour recevoir la demande

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