

# Formulaire de communication pour adultes : Détection précoce



## 1. Renseignements personnels

### 1.1 Indications personnelles de la personne qui fait l'objet de la détection précoce

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.

Etat civil

Nationalité

Si nationalité étrangère : type de permis

Langue désirée

allemand  français  italien

### 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

## 2. Raisons de la communication

### 2.1 Incapacité de travail

Début de l'incapacité de travail

Incapacité de travail en pourcent

Absences répétées (régulières), absences de courte durée „chroniques“ depuis

Motif de l'incapacité de travail?

Maladie

Accident

Problème de santé/genre de maux

### 2.2 Si pas d'incapacité de travail : Renseignements sur le genre d'atteinte à la santé

Problème de santé/genre de maux

Depuis quand l'atteinte à la santé existe-t-elle ?

### 2.3 Une instance cantonale de soutien à l'insertion professionnelle (p. ex. case management formation professionnelle, service cantonal de psychologie scolaire, offre transitoire cantonale) est présente?

oui  non

Si oui, indiquer les coordonnées :

Institution

Prénom et nom de la personne de contact

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

Numéro de téléphone

### 3. Situation professionnelle

#### 3.1 Activité lucrative actuelle ou / dernière activité lucrative exercée à titre principal/partiel ou accessoire

Intitulé du poste/fonction		Taux en %
<input type="text"/>		<input type="text"/>
du	au	Revenu brut CHF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
jj, mm, aaaa	jj, mm, aaaa	
Nom et adresse de l'employeur		
<input type="text"/>		
Personne de contact		Numéro de téléphone
<input type="text"/>		<input type="text"/>

#### 3.2 Des possibilités de maintien du poste de travail (p. ex. adaptation du poste de travail, moyens auxiliaires) ont-elles déjà été mises en œuvre ou envisagées avec l'employeur et/ou avec le médecin traitant ?

oui  non

Si oui, décrire brièvement.

#### 3.3 L'incapacité de travail a-t-elle été annoncée à l'assurance maladie perte de gain ?

oui  non

Si oui, quand?

Nom et adresse de l'assurance indemnités journalières en cas de maladie

#### 3.4. L'incapacité de travail a-t-elle été annoncée à l'assurance LPP ?

oui  non

Si oui, quand?

Nom et adresse de l'assurance LPP

#### 3.5 Une demande concernant des prestations de l'AI a-t-elle déjà été déposée?

oui  non

Si oui, auprès de quelle office AI?

#### 4. Données relatives à la formation

---

**4.1 La personne assurée est-elle actuellement en formation postobligatoire ou professionnelle ou une place d'apprentissage est-elle en vue ?**

oui  non

Institut de formation ou entreprise formatrice actuel ou dernier fréquenté

Genre de formation

Début et durée de la formation

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

**4.2 Y a-t-il des frais supplémentaires liés au handicap pour cette formation ?**

oui  non

Données exactes de ces frais supplémentaires en détail

## 5. Données relatives à la personne, resp. à l'institution qui fait la communication

---

- personne assurée ou son représentant légal
- employeur de la personne assurée
- médecin traitant ou chiropraticien/ne de la personne assurée
- assurance d'indemnités journalières en cas de maladie LAMal
- institution d'assurance privée (assurance d'indemnités journalières en cas de maladie LCA ou des rentes)
- assureur accident LAA
- institution de prévoyance professionnelle de la personne assurée
- organe d'exécution de l'assurance-chômage
- organe d'exécution de l'aide sociale cantonale
- assurance militaire
- assureur maladie
- service cantonal de coordination du soutien à l'insertion professionnelle (p. ex. case management formation professionnelle)
- offre transitoire cantonale
- membre de la famille vivant en ménage commun avec la personne assurée

Degré de parenté

Institution

Prénom et nom

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

Numéro de téléphone

Date

Signature

Annexes (copies du certificat médical, décomptes de salaire, carte AVS, autres) et remarques complémentaires

## 6. Information à la personne assurée

---

Le/la soussigné-e certifie avoir informé la personne assurée ou son représentant légal au sujet de la présente communication de détection précoce à l'assurance-invalidité.

Date

Signature

## 7. Organe compétent pour recevoir la demande

---

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