## Autodéclaration

Date d’entrée :

**Données personnelles**

Numéro d’assuré :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse complète :

**Forme de logement**

Actuellement je réside encore dans un home

Je vis en ménage privé avec :

Propres enfants (mineurs ou jeunes jusqu’à 25 ans en formation)

Date de naissance du 1er enfant ……………… Fin de la formation ……………..…..

Date de naissance du 2e enfant ……….…….. Fin de la formation ……..…………..

Date de naissance du 3e enfant ……………… Fin de la formation ………………….

…………….. (nombre) proches adultes (enfants et petits-enfants majeurs et pas en formation, parents et grands-parents, partenaires mariés, enregistrés ou en concubinage)

Si l’un d’eux bénéficie d’une allocation pour impotent, prière d’indiquer son numéro AVS : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

…………… (nombre) autres personnes adultes (hormis jeunes jusqu’à 25 ans)

Je vis seul(e) dans un ménage privé

**Prestataires**

 Oui Non

Avez-vous régulièrement recours à des services d’aide et de soins à 🞎 🞎
domicile (Spitex) ou à du personnel soignant pour les soins de base ?

Si oui, nombre d’heures par semaine \_\_\_\_\_\_\_\_/mois \_\_\_\_\_\_\_\_\_/trimestre : \_\_\_\_\_\_

Si oui, nom et adresse de la caisse maladie :

Prière de joindre les justificatifs suivants :

* la décision de la caisse-maladie pour les soins de base
* les décomptes de la caisse-maladie pour les 6 derniers mois
* les factures de l’organisation d’aide et de soins à domicile pour les 6 derniers mois

 Oui Non

Fréquentez-vous pendant la journée une institution pour invalides ? 🞎 🞎

\_\_\_\_\_ jours/semaine

Nom et adresse de l’institution

 Oui Non

Passez-vous la nuit dans un home ? 🞎 🞎

 \_\_\_\_\_ nuits/semaine

Nom et adresse de l’institution

Avez-vous régulièrement recours aux soins et à l’aide d’un proche vivant dans le même ménage que vous en raison de votre handicap ?

 oui 🞎 non 🞎

Si oui, à quelle fréquence (quotidienne, hebdomadaire, mensuelle, etc.) et combien d’heures par jour, par semaine ou par mois ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avez-vous recours à l’aide bénévole de personnes ne vivant pas dans le même ménage que vous ?

 oui 🞎 non 🞎

Si oui, à quelle fréquence (quotidienne, hebdomadaire, mensuelle, etc.) et combien d’heures par semaine ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avez-vous recours à l’aide de personnes rémunérées ? oui 🞎 non 🞎

Si oui, à quelle fréquence (quotidienne, hebdomadaire, mensuelle, etc.) et combien d’heures par semaine ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quels services, prestations d’aide et moyens auxiliaires nécessaires en raison de votre handicap payez-vous de votre poche ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Combien payez-vous pour ces prestations ?

\_\_\_\_\_\_\_\_francs/mois ou \_\_\_\_\_\_\_\_ francs/année

A l’avenir, prévoyez-vous d’avoir recours à l'aide et aux soins de proches vivant dans le même ménage que vous ? oui 🞎 non 🞎

Si oui, à quelle fréquence et pour quelle durée (heures/semaine) ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Touchez-vous des prestations complémentaires ? oui 🞎 non 🞎

Si oui, veuillez joindre une copie de la (des) décision(s) pour les 12 derniers mois.

Touchez-vous des prestations cantonales en plus de l’AI ? oui 🞎 non 🞎

Si oui, veuillez joindre une copie de la (des) décision(s) pour les 12 derniers mois.

Les frais de maladie et d’invalidité vous sont-ils remboursés ? oui 🞎 non 🞎

Si oui, veuillez joindre une copie du (des) décompte(s) des coûts pour les 12 derniers mois.

###### **Description du handicap**

Décrivez rapidement votre handicap et le type d’aide dont vous avez besoin.

(par ex. « Je suis en fauteuil roulant, mais je peux faire les transferts moi-même » ou « J’ai besoin d’instructions pour toutes les activités, mais je suis en mesure de les effectuer moi-même » ou « Je suis complètement dépendant de l’aide d’autrui et mes soins sont rendus difficiles par de forts spasmes » ou « Je suis en grande partie autonome, mais j’ai besoin d’aide pour le ménage »). Veuillez en particulier aussi noter si par ex. vous ne pouvez pas parler.

Dans les pages suivantes, cochez ce que vous êtes à même de faire de façon autonome, le cas échéant avec des moyens auxiliaires et l’aide dont vous avez besoin. Vous pouvez noter une aide indirecte (instructions, contrôle, surveillance) ainsi qu’une aide directe (aide pour effectuer une action). Si l’activité en question n’est pas pertinente dans votre cas, ne cochez rien.

Les degrés ont la signification suivante

Degré 0 : Vous êtes autonome (avec moyens auxiliaires) et n’avez pas besoin d’aide

Degré 1 : Vous pouvez presque tout faire, vous avez besoin ponctuellement d’une aide directe ou indirecte

Degré 2 : Vous pouvez effectuer une partie de l’opération ou de l’activité, pour le reste vous avez besoin d’une aide directe ou des instructions et un contrôle permanents

Degré 3 : Vous avez besoin de beaucoup d’aide, mais vous pouvez faire de petites choses

Degré 4 : Vous ne pouvez rien faire par vous-même, vous avez besoin d’une aide directe exhaustive ou d’instructions et d’une surveillance continues

|  |
| --- |
| 1. **Actes ordinaires de la vie quotidienne**
 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Besoin d’aide** | **Degré 0** | **Degré 1** | **Degré 2** | **Degré 3** | **Degré 4** |
|  | Vous êtes autonome (avec moyens auxiliaires) et n’avez pas besoin d’aide  | Vous pouvez presque tout faire, vous avez besoin ponctuellement d’une aide directe ou indirecte | Vous pouvez effectuer une partie de l’opération ou de l'activité, pour le reste vous avez besoin d’une aide directe ou des instructions et un contrôle permanents | Vous avez besoin de beaucoup d’aide, mais vous pouvez faire de petites choses | Vous ne pouvez rien faire par vous-même, vous avez besoin d’une aide directe exhaustive ou des instructions et une surveillance continues |
| **Se vêtir/se dévêtir :** choix des vêtements/changement d’habits, se vêtir/se dévêtir, recours aux moyens auxiliaires | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| **Se lever/s’asseoir/se coucher/se déplacer dans le logement :** sortir du lit, transferts, installation en position allongée | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| **Manger et boire :** verser, se servir, etc. amener la nourriture à la bouche | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| **Faire sa toilette** : entrer et sortir de la baignoire, prendre la douche, se brosser les dents, laver les cheveux, couper les ongles  | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| **Aller aux toilettes :** transferts, vider la vessie/l’intestin, se nettoyer, déshabillage et rhabillage | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

Ici-bas vous pouvez apporter des observations particulières concernant le besoin d’aide dans le domaine des actes ordinaires de la vie (par ex. besoin supplémentaire à cause de spasmes, utilisation de moyens auxiliaires, soins spéciaux) :

|  |
| --- |
| 1. **Ménage**
 |

Les enfants et les jeunes qui vivent encore chez leurs parents ainsi que les mineurs jusqu’à 15 ans (même s’ils ne vivent pas avec leurs parents) ne doivent pas remplir cette partie. Des observations concernant d'éventuels suppléments peuvent être apportées ici-bas.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Besoin d’aide** | **Degré 0** | **Degré 1** | **Degré 2** | **Degré 3** | **Degré 4** |
|  | Vous êtes autonome (avec moyens auxiliaires) et n’avez pas besoin d’aide  | Vous pouvez presque tout faire, vous avez besoin ponctuellement d’une aide directe ou indirecte | Vous pouvez effectuer une partie de l’opération ou de l'activité, pour le reste vous avez besoin d’une aide directe ou des instructions et un contrôle permanents | Vous avez besoin de beaucoup d’aide, mais vous pouvez faire de petites choses | Vous ne pouvez rien faire par vous-même, vous avez besoin d’une aide directe exhaustive ou des instructions et une surveillance continues |
| **Administration :** planification/organisation du réseau d’assistants/de l’assistance, correspondance, paiements, etc. | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| **Alimentation :** préparation des repas quotidiens, laver la vaisselle, maintenir la cuisine en ordre | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| **Entretien du domicile :** rangement général, faire les lits, dépoussiérer, nettoyer les fenêtres, petits travaux manuels | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| **Achats et autres commissions :** planification des achats, gérer l’argent, choisir la marchandise, emballer les articles, les transporter et les ranger à la maison, poste, démarches officielles | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| **Lessive/entretien des vêtements :** lave-linge, sèche-linge et étendage, repassage, coudre, repriser | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

Ici-bas vous pouvez apporter des observations particulières concernant le besoin d’aide dans le domaine du ménage (y compris les visites chez les médecins/les thérapeutes) :

|  |
| --- |
| 1. **Participation sociale et loisirs**
 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Besoin d’aide** | **Degré 0** | **Degré 1** | **Degré 2** | **Degré 3** | **Degré 4** |
|  | Vous êtes autonome (avec moyens auxiliaires) et n’avez pas besoin d’aide  | Vous pouvez presque tout faire, vous avez besoin ponctuellement d’une aide directe ou indirecte | Vous pouvez effectuer une partie de l’opération ou de l'activité, pour le reste vous avez besoin d’une aide directe ou des instructions et un contrôle permanents | Vous avez besoin de beaucoup d’aide, mais vous pouvez faire de petites choses | Vous ne pouvez rien faire par vous-même, vous avez besoin d’une aide directe exhaustive ou des instructions et une surveillance continues |
| **Loisirs, sport, animaux, plantes :** lire à haute voix, expliquer, utiliser les médias, se déplacer, s’habiller, avoir un emploi du temps, donner des coups de main, effectuer les activités | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| **Participation sociale : c**ommuniquer, entretenir des contacts | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| **Mobilité :** sécurité dans le trafic, obstacles architecturaux, pousser ou conduire le fauteuil roulant, utiliser les transports publics | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| **Voyages/vacances :** besoins supplémentaires pour les actes ordinaires de la vie, le ménage, la mobilité |  |  |  |  |  |

Ici-bas vous pouvez apporter des observations particulières concernant le besoin d’aide dans le domaine de la participation sociale et des loisirs :

|  |
| --- |
| 1. **Education et garde des enfants**
 |

Si vous n’avez pas d’enfants ou si ceux-ci ne sont pas gardés par vous, vous ne devez pas remplir cette partie.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Besoin d’aide** | **Degré 0** | **Degré 1** | **Degré 2** | **Degré 3** | **Degré 4** |
|  | Vous êtes autonome (avec moyens auxiliaires) et n’avez pas besoin d’aide  | Vous pouvez presque tout faire, vous avez besoin ponctuellement d’une aide directe ou indirecte | Vous pouvez effectuer une partie de l’opération ou de l'activité, pour le reste vous avez besoin d’une aide directe ou des instructions et un contrôle permanents | Vous avez besoin de beaucoup d’aide, mais vous pouvez faire de petites choses | Vous ne pouvez rien faire par vous-même, vous avez besoin d’une aide directe exhaustive ou des instructions et une surveillance continues |
|  **Prendre soin des enfants en bas âge (jusqu’à 4 ans) :** nourrir, changer les couches, laver, baigner, vêtir, jouer, apaiser, accompagner dehors, etc. | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| **Education des enfants dès quatre ans jusqu’à la majorité :** devoirs scolaires, activités avec les enfants plus âgés, soirées/entretiens de parents | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

Ici-bas vous pouvez apporter des observations particulières concernant le besoin d’aide dans le domaine de l’éducation et de la garde des enfants :

Si vous êtes séparé(e) ou divorcé(e) et vous ne gardez vos enfants que partiellement, veuillez indiquer combien de jours par semaines ils sont chez vous. …………….

|  |
| --- |
| 1. **Exercice d’une activité d’utilité publique ou honorifique**
 |

Si vous n’exercez pas (ou n’allez pas exercer) une activité d’utilité publique ou honorifique, vous ne devez pas remplir cette partie.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Besoin d’aide** | **Degré 0** | **Degré 1** | **Degré 2** | **Degré 3** | **Degré 4** |
|  | Vous êtes autonome (avec moyens auxiliaires) et n’avez pas besoin d’aide  | Vous pouvez presque tout faire, vous avez besoin ponctuellement d’une aide directe ou indirecte | Vous pouvez effectuer une partie de l’opération ou de l'activité, pour le reste vous avez besoin d’une aide directe ou des instructions et un contrôle permanents | Vous avez besoin de beaucoup d’aide, mais vous pouvez faire de petites choses | Vous ne pouvez rien faire par vous-même, vous avez besoin d’une aide directe exhaustive ou des instructions et une surveillance continues |
| **Activités :** préparer l’activité, organiser le déroulement du travail, effectuer des activités, assurer la motivation, veiller à l’ambiance de travail | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| **Se vêtir/se dévêtir *:***vêtements de travail/de protection | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| **Mobilité :** sécurité dans le trafic, obstacles architecturaux, pousser ou conduire le fauteuil roulant, utiliser les transports publics | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

Ici-bas vous pouvez apporter des observations particulières concernant le besoin d’aide dans le domaine de l’exercice d’une activité d’utilité publique ou honorifique :

De quelle activité publique ou honorifique s’agit-il ?

Quel est (sera) votre taux d’activité par semaine (en heures) ?

*Veuillez joindre une confirmation de l’activité publique ou honorifique.*

|  |
| --- |
| 1. **Formation et formation continue**
 |

Si vous êtes dans une classe ordinaire dans le cadre de l’école obligatoire, si vous êtes dans une école spéciale ou dans un centre de réadaptation, vous ne pouvez pas faire valoir votre besoin d’aide. Vous ne devez donc pas remplir cette partie.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Besoin d’aide** | **Degré 0** | **Degré 1** | **Degré 2** | **Degré 3** | **Degré 4** |
|  | Vous êtes autonome (avec moyens auxiliaires) et n’avez pas besoin d’aide  | Vous pouvez presque tout faire, vous avez besoin ponctuellement d’une aide directe ou indirecte | Vous pouvez effectuer une partie de l’opération ou de l'activité, pour le reste vous avez besoin d’une aide directe ou des instructions et un contrôle permanents | Vous avez besoin de beaucoup d’aide, mais vous pouvez faire de petites choses | Vous ne pouvez rien faire par vous-même, vous avez besoin d’une aide directe exhaustive ou des instructions et une surveillance continues |
| **Activités :** préparer l’activité, organiser le déroulement du travail, effectuer des activités, assurer la motivation, veiller à l’ambiance de travail | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| **Se vêtir/se dévêtir *:***vêtements de travail/de protection | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| **Mobilité :** sécurité dans le trafic, obstacles architecturaux, pousser ou conduire le fauteuil roulant, utiliser les transports publics | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

Ici-bas vous pouvez apporter des observations particulières concernant le besoin d’aide dans le domaine de la formation et de la formation continue :

Quelle formation/formation continue fréquentez-vous/allez-vous fréquenter ?

Début de la formation (date) :

Fin de la formation (date) :

Nombre d’heures de formation par semaine :

*Veuillez joindre une confirmation du centre de formation/du maître d’apprentissage*

|  |
| --- |
| 1. **Exercice d’une activité professionnelle sur le marché du travail régulier**
 |

Si vous travaillez dans un atelier d’occupation, un atelier protégé ou un centre de jour, vous ne pouvez pas faire valoir votre besoin d’aide. Vous ne devez donc pas remplir cette partie.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Besoin d’aide** | **Degré 0** | **Degré 1** | **Degré 2** | **Degré 3** | **Degré 4** |
|  | Vous êtes autonome (avec moyens auxiliaires) et n’avez pas besoin d’aide  | Vous pouvez presque tout faire, vous avez besoin ponctuellement d’une aide directe ou indirecte | Vous pouvez effectuer une partie de l’opération ou de l'activité, pour le reste vous avez besoin d’une aide directe ou des instructions et un contrôle permanents | Vous avez besoin de beaucoup d’aide, mais vous pouvez faire de petites choses | Vous ne pouvez rien faire par vous-même, vous avez besoin d’une aide directe exhaustive ou des instructions et une surveillance continues |
| **Activités :** préparer l’activité, organiser le déroulement du travail, effectuer des activités, assurer la motivation, veiller à l’ambiance de travail | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| **Se vêtir/se dévêtir *:***vêtements de travail/de protection | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |
| **Mobilité :** sécurité dans le trafic, obstacles architecturaux, pousser ou conduire le fauteuil roulant, utiliser les transports publics | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 | 🞎 |

Ici-bas vous pouvez apporter des observations particulières concernant le besoin d’aide dans le domaine de l’exercice d’une activité professionnelle sur le marché du travail régulier :

Quelle activité exercez-vous/allez-vous exercer ?

Quel est (sera) votre taux d’occupation par semaine (en heures) ?

Quel est (sera) votre salaire mensuel ?

*Veuillez joindre une copie du contrat de travail ou une attestation de l’employeur concernant le taux d’activité et le salaire ou une confirmation de votre activité indépendante.*

|  |
| --- |
| 1. **Surveillance**
 |

 Oui Non
Avez-vous besoin d’une surveillance pendant la journée ? 🞎 🞎

Si oui, pourquoi ? (Respiration, mise en danger de soi-même ou d’autrui, autre)

|  |
| --- |
| 1. **Prestations de nuit**
 |

 Oui Non

Avez-vous besoin d’assistance pendant la nuit ? 🞎 🞎

Si oui, pourquoi ? (Respiration, mise en danger de soi-même ou d’autrui, changements de position, autre)

##### Combien de nuits par semaine est nécessaire l’assistance ? …………………...

Combien de temps dure l’intervention ? ……………………

*Veuillez joindre un certificat médical qui confirme la nécessité de l’assistance pendant la nuit*

|  |
| --- |
| 1. **Phase aigüe en cas de besoin d’aide très fluctuant**
 |

 Oui Non

Etes-vous sujet à des phases aigües lors desquelles vous avez 🞎 🞎
un besoin d’aide supplémentaire ?

Si oui, pourquoi ? (crises schizophrènes, poussées dans la sclérose en plaques, autres)

|  |
| --- |
| 1. **Conseil et soutien**
 |

 Oui Non

Avez-vous besoin de prestations de conseil et soutien pour mettre 🞎 🞎

en place l’assistance ?

Si oui, pourquoi ?

Qui a rempli l’autodéclaration ?

 la personne invalide de façon autonome

 la personne invalide avec une personne de confiance

 seulement le représentant légal

Le/la soussigné/e certifie l’exactitude et exhaustivité des réponses données

.

Lieu et date Signature de l’assuré(e)

 ou de son représentant légal

**Documents à joindre :**

**Formation :**

Attestation du centre de formation/de l’entreprise formatrice

**Travail :**

Contrat de travail ou attestation de l’employeur ou attestation d’activité indépendante

**Activité d’intérêt public :**

Attestation de l’organisation

**Nuit :**

Certificat médical

**Aide et soins à domicile (Spitex) :**Décision de la caisse-maladie pour les soins de base, décomptes de la caisse-maladie pour les 6 derniers mois et factures de l’organisation d’aide et de soins à domicile pour les 6 derniers mois

**Prestations complémentaires :**Décision(s) pour les 12 derniers mois

**Prestations cantonales :**Décision(s) pour les 12 derniers mois

**Frais de maladie et d’invalidité :**

Décompte(s) des coûts pour les 12 derniers mois