

Votre demande:
Prière de la remplir soigneusement

Ce questionnaire est spécifique à la demande. Nous ne pouvons examiner votre requête que s'il est rempli de manière complète et précise. En cas de doute, posez-nous des questions. Nous perdons un temps précieux si le formulaire de demande n'est pas rempli correctement ou s'il manque des données.

Nos recommandations pour remplir la demande:

- 1** Lisez d'abord tranquillement le questionnaire en entier.
- 2** Notez les questions qui ne sont pas claires pour vous.
- 3** Soyez attentifs au fait qu'il y a des réponses que vous devez compléter par des documents.
Rassemblez les documents avant de remplir la demande.

Trois questions après avoir rempli la demande:

- Les réponses aux questions sont-elles complètes?
- Le questionnaire est-il signé?
- Avez-vous joint tous les documents demandés?

Vous pouvez aussi télécharger ce questionnaire sur notre site web.

Si vous avez besoin d'aide pour répondre, appelez-nous simplement. Nous vous renseignons volontiers.

Avec nos meilleures salutations.

Demande de prestations AI pour adultes: Moyens auxiliaires

Quels moyens auxiliaires (prothèse, fauteil roulant, etc) demandez-vous?

Fournisseur souhaité (prière de joindre les copies des factures, des devis)

1. Renseignements personnels

> 1.1

Nom de famille (pour les personnes mariées ou veuves, également celui de célibataire)

> 1.2

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

féminin

masculin

> 1.3

Date de naissance (jour/mois/année)

Numéro AVS

> 1.4

Domicile légal avec adresse exacte

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

Numéro de téléphone

Mobile

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

> 1.5

Existe-t-il une tutelle?

oui

non

Une curatelle?

oui

non

Si oui, nom et adresse du tuteur/de la tutrice, respectivement du curateur/de la curatrice

Siège de l'autorité tutélaire

Prière de joindre à cette demande une copie de l'attestation de l'autorité tutélaire ou de l'acte de nomination du curateur.

> 1.6

Origine pour les citoyennes/citoyens suisses

Commune d'origine/canton

Citoyenneté suisse depuis

Origine pour les ressortissants étrangers

Pays d'origine

Date d'entrée en Suisse

> **1.7**

Etat civil (cocher ce qui convient, resp. indiquer les dates exactes)
célibataire

marié-e
veuf/veuve
divorcé-e
séparé-e par jugement

partenariat enregistré
partenariat enregistré dissout par la mort
partenariat enregistré dissout par le juge
partenariat enregistré séparé judiciairement

Depuis quand?

2. Données générales

> **2.1**

Avez-vous été domicilié(e) hors de Suisse?
oui non

Du (mois/année)

au (mois/année)

en (pays)

> **2.2**

Avez-vous déjà présenté une demande de prestations AI?
oui non

Si oui, auprès de quel office AI?

> **2.3**

Des prestations (rentes ou autres) de l'AVS ou de l'assurance invalidité sont-elles ou ont-elles été servies?
oui non

Si oui, lesquelles?

Si oui, par quel office AI ou quelle caisse de compensation?

> **2.4**

Avez-vous demandé, respectivement touchez-vous des prestations (par ex. traitement médical, mesures de réadaptation, indemnités journalières, rente, moyen auxiliaire)
d'une caisse-maladie?
de la SUVA?
d'une autre assurance dans le cadre de l'assurance-accidents obligatoire?
de l'assurance-militaire?

Si oui, nom et adresse de l'assurance (respectivement de l'agence compétente)

Référence (par ex. numéro d'accident, de sinistre, d'indemnité journalière maladie ou de rente)

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

3. Données relatives à l'activité professionnelle exercée jusqu'ici

> 3.1

Activités

Activité principale (activités accessoires, voir ch. 4.2)

Genre d'activité | Taux en %

Nom et adresse de l'employeur

Durée du | au | Revenu brut CHF (heure, semaine, mois)

> 3.2

Activités accessoires

Genre d'activité | Taux en %

Nom et adresse de l'employeur

Durée du | au | Revenu brut CHF (heure, semaine, mois)

> 3.3

Activités non lucratives

Genre d'activité
(femme/homme au foyer, étudiant(e), etc.) | Durée du | au

> 3.4

Chômage

Complet (contrat de travail résilié)

Durée du | au

Nom et adresse de la caisse de chômage (si une indemnité de chômage a été versée)

Durée du | au

Nom et adresse de la caisse de chômage (si une indemnité de chômage a été versée)

Partiel (en cas de maintien du contrat de travail)

En pour-cent | Durée du | au

Nom et adresse de la caisse de chômage (si une indemnité de chômage a été versée)

4. Données sur l'atteinte à la santé

> 4.1

L'atteinte à la santé a-t-elle été causée par
une infirmité congénitale?

une maladie?

un accident?

> 4.2

Précisions sur le genre d'atteinte à la santé

> 4.3

Depuis quand l'atteinte existe-t-elle?

> 4.4

L'atteinte à la santé a-t-elle été causée totalement ou partiellement par un tiers (par ex. accident de la circulation)?

oui

non

> 4.5

Qui vous a traité en dernier lieu, respectivement vous a prescrit le moyen auxiliaire demandé?

Nom et adresse du médecin traitant

Du

au

Pour quelles affections?

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

Spécialité

Du

au

Pour quelles affections?

> 4.6

Possédez-vous déjà un moyen auxiliaire (prothèses, fauteuil roulant, etc.)?

oui

non

Si oui, description exacte ?

Depuis quand?

5. Versement

Compte bancaire (description exacte, par. ex. compte privé, compte-épargne)

Nom et adresse de la banque, respectivement de l'agence

No du Compte-bancaire

Au nom de (nom/prénom)

Numéro du compte de chèques postaux de la banque | Numéro de clearing bancaire

Compte postal

Numéro de compte postal

6. Organe compétent pour recevoir la demande

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

7. Autorisation de communiquer des renseignements

En faisant valoir son droit à des prestations et par la signature de ce formulaire, la personne assurée ou son/sa représentant/e autorise les personnes et offices mentionnées 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.

8. 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)

Adresse du/de la représentant(e) de la personne assurée si cette dernière ne signe pas en personne.

Annexes et remarques complémentaires

Pièces à joindre à la demande:

- **copie des pièces d'identité officielles** établissant clairement l'identité de toutes les personnes mentionnées dans la demande (par ex. livret de famille, certificat individuel d'état civil ou acte de famille, récépissé des papiers déposés, passeport)
- **pour les ressortissants étrangers:** copie du permis d'établissement ou de séjour
- **a joindre si nécessaire:** attestation de l'autorité tutélaire, acte de nomination du curateur, copies des factures, des devis, certificats médicaux.