

**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 pour mineurs: Allocation pour impotent

## 1. Renseignements personnels

### > 1.1

Nom de famille

### > 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

En cas de séjour dans un hôpital ou dans un home

Date de l'entrée

### > 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

Si oui, prière de joindre à cette demande une copie de l'attestation de l'autorité tutélaire ou de l'acte de nomination du tuteur ou 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

dans la mesure où il/elle n'est plus célibataire, date du changement d'état civil

## 2. Identité des parents de la personne assurée

### Mère

> **2.1**

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

---

> **2.2**

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

---

> **2.3**

Date de naissance (jour/mois/année)

Numéro AVS

---

> **2.4**

Origine pour les citoyennes suisses

Commune d'origine/canton

Citoyenneté suisse depuis

---

Origine pour les ressortissantes étrangères

Pays d'origine

Date d'entrée en Suisse

---

> **2.5**

Etat civil

Le cas échéant, date du décès

---

### Père

> **2.6**

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

---

> **2.7**

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

---

> **2.8**

Date de naissance (jour/mois/année)

Numéro AVS

---

> **2.9**

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

---

> **2.10**

Etat civil

Le cas échéant, date du décès

---

> **2.11**

Si les parents sont séparés, lequel a l'exercice de l'autorité parentale?  
en commun                      mère                      père

Nom de famille

Prénom

Adresse postale  
Numéro postal, lieu

Rue, numéro

**3. Données générales**

> **3.1**

Une demande de prestations AI a-t-elle déjà été déposée pour la personne assurée?  
oui                      non

Si oui, auprès de quel office AI?

> **3.2**

Des prestations sont-elles ou ont-elles été versées?  
oui                      non

Si oui, lesquelles?

**4. Données sur l'atteinte à la santé**

> **4.1**

L'impotence est-elle due à  
une infirmité congénitale?                      une maladie?                      un accident?

L'impotence a-t-elle été entièrement ou partiellement causée par un tiers (par ex. accident de voiture)?  
oui                      non

Si oui, indiquez le nom et l'adresse de votre assurance-accident

> **4.2**

**Après de qui la personne assurée est-elle en traitement?**

Nom et adresse du médecin traitant

du

au

Pour quelles affections?

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

du

au

Pour quelles affections?

## 5. Données sur l'impotence

**5.1** La personne assurée a-t-elle régulièrement et de façon importante besoin de l'aide directe ou indirecte d'un tiers en raison de son impotence et malgré l'utilisation de moyens auxiliaires?

Nous vous prions de ne pas utiliser des termes tels que «partiellement» ou «occasionnellement». Le genre d'aide (activité, action) doit être décrite précisément.

	oui	non	depuis (mois/année)	Genre d'aide (description exacte)
<b>5.1.1</b> Se vêtir/se dévêtir				
<b>5.1.2</b> Se lever/s'asseoir/se coucher				
<b>5.1.3</b> Manger (aliments préparés normalement)				
– Le repas doit-il être apporté au lit pour des raisons médicales?				
– La nourriture doit-elle être coupée ?				
– La nourriture doit-elle être portée à la bouche?				
– Ne pouvez-vous prendre que de la nourriture par sonde (nourriture en purée, nourriture spéciale, pas de diète)				
<b>5.1.4</b> Soins du corps				
– se laver				
– se coiffer				
– se baigner/se doucher				
<b>5.1.5</b> Aller aux toilettes				
– mettre en ordre les habits (avant et après être allé aux toilettes)				
– hygiène corporelle/vérification de la propreté				
– manière inhabituelle d'aller aux toilettes (par ex. utilisation d'une sonde)				
<b>5.1.6</b> Se déplacer				
– dans l'appartement				
– à l'extérieur				
– entretenir des contacts sociaux				

> **5.2**

Par qui l'aide a-t-elle été ou est-elle apportée (avant, resp. après l'entrée à l'hôpital ou au home)?

Nom de l'institution

---

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

---

> **5.3**

La personne mineure a-t-elle besoin de façon permanente d'aide pour les soins de base ou pour les soins liés à un traitement (par ex prise de la pression ou de la température, pose et soins liés à des sondes ou des cathétères, instillation, injection ou perfusion de médicaments et de nourritures liquides [pas de diète], mesures de physiothérapie)?

La personne assurée a-t-elle besoin d'aide permanente pour des soins médicaux ou infirmiers (par ex. l'administration quotidienne de médicaments, le changement de pansements, etc.)?

oui de jour de nuit  
non

Si oui, sous quelle forme et dans quels domaines?

---

---

Depuis quand le besoin de soins existe-t-il dans cette mesure?

Mois/année

---

> **5.4**

La personne assurée nécessite-t-elle une surveillance personnelle?

oui de jour de nuit  
non

Si oui, sous quelle forme et dans quels domaines?

---

---

Depuis quand le besoin de surveillance existe-t-il dans cette mesure?

Mois/année

---

Qui s'occupe de la surveillance?

Nom de l'institution

---

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

---

> **5.5**

Y a-t-il des moyens auxiliaires?

oui non

Si oui, lesquels?

---

---

## 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 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.

## 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 du/de la représentant/e légal/e de la personne assurée

---

Annexes et remarques complémentaires

---

---

---

---

---

---

---

**Pièces à joindre à la demande:**

- **copies des certificats d'assurance de l'AVS/AI** de la personne assurée
- **copie d'une pièce d'identité officielle** (par ex. certificat de naissance, livret de famille, récépissé des papiers déposés) qui attestent de l'identité de toutes les personnes mentionnées dans cette demande
- **pour les ressortissants étrangers:** copies des passeports étrangers de la personne assurée ainsi que de ses parents
- **à joindre si nécessaire:** attestation des autorités tutélaires, acte de nomination du curateur, rapport d'entrée ou de sortie en cas de séjour dans un home, certificats médicaux