

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 d'assuré

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

Etat civil

depuis

jj, mm, aaaa

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

Existe-t-il une tutelle?

oui non

Si oui, nom et adresse de la curatelle resp. du tuteur

Joignez à cette demande une copie de l'acte de nomination de la curatelle/tutelle et la description des obligations et des tâches.

1.4 Citoyenneté

Ressortissant-e-s suisses
Commune d'origine/canton

Citoyenneté suisse depuis

jj, mm, aaaa

Ressortissant-e-s étrangers/-ères
Pays d'origine

Date d'entrée en Suisse

jj, mm, aaaa

2. Identité des parents

2.1 Mère

2.1.1 Indications personnelles

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.

Etat civil

Le cas échéant, date du décès

jj, mm, aaaa

2.1.2 Domicile légal avec adresse exacte

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

Numéro de téléphone

E-Mail

2.1.3 Citoyenneté

Ressortissant-e-s suisses
Commune d'origine/canton

Citoyenneté suisse depuis

jj, mm, aaaa

Ressortissant-e-s étrangers/-ères
Pays d'origine

Date d'entrée en Suisse

jj, mm, aaaa

2.2 Père

2.2.1 Indications personnelles

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.

Etat civil

Le cas échéant, date du décès

jj, mm, aaaa

2.2.2 Domicile légal avec adresse exacte

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

Numéro de téléphone

E-Mail

2.2.3 Citoyenneté

Ressortissant-e-s suisses

Commune d'origine/canton

Citoyenneté suisse depuis

jj, mm, aaaa

Ressortissant-e-s étrangers/-ères

Pays d'origine

Date d'entrée en Suisse

jj, mm, aaaa

2.3 Droit de garde

Si les parents sont séparés, lequel a l'exercice de l'autorité parentale ?

en commun mère père

Parents non mariés ou droit de garde commun: A qui doit être adressée la correspondance ?

mère père

3. Données générales

3.1 Demandes précédentes

Votre enfant a-t-il déjà déposé une demande pour toucher des prestations de l'assurance-invalidité ?

oui non

Si oui, pour quelle prestation et auprès de quelle caisse de compensation ou office AI ?

4. Données sur l'atteinte à la santé

4.1 Renseignements plus précis sur le genre d'atteinte à la santé

Depuis quand l'atteinte existe-t-elle ?

4.2 Accident ou origine de l'atteinte

L'atteinte à la santé est entièrement ou partiellement due 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.)
 une maladie

Remarques complémentaires à l'événement

4.3 Médecin, hôpital ou centre de soins

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

Nom et adresse

Spécialité

Pour quelles affections ?

En traitement depuis

jj, mm, aaaa

En traitement jusqu'au

jj, mm, aaaa

Nom et adresse

Spécialité

Pour quelles affections ?

En traitement depuis

jj, mm, aaaa

En traitement jusqu'au

jj, mm, aaaa

5. Données relatives à l'impotence

5.1 Actes ordinaires de la vie

En raison de l'impotence et malgré des moyens auxiliaires, votre enfant a-t-il besoin d'une aide directe (« physique ») ou indirecte (« incitations ») de la part d'un tiers, de façon régulière et importante, pour accomplir les actes ordinaires de la vie suivants? Nous vous prions de décrire le type d'aide de tiers de la manière la plus concrète possible. En outre, nous avons besoin de savoir depuis quand (mois/année) et combien de fois par jour, respectivement par semaine, l'aide est-elle apportée.

Se vêtir/se dévêtir

oui non

depuis (mois/année)	genre et fréquence de l'aide (description exacte)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Se lever/s'asseoir/se coucher

oui non

depuis (mois/année)	genre et fréquence de l'aide (description exacte)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Manger (couper les aliments/porter les aliments à la bouche)

oui non

depuis (mois/année)	genre et fréquence de l'aide (description exacte)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Soins du corps (se laver, se coiffer, se raser, se baigner/se doucher)

oui non

depuis (mois/année)	genre et fréquence de l'aide (description exacte)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Aller aux toilettes (propreté, se rhabiller, sonder ou acte similaire)

oui non

depuis (mois/année)

genre et fréquence de l'aide (description exacte)

Se déplacer/Entretenir des contacts sociaux (dans l'appartement/à l'extérieur)

oui non

depuis (mois/année)

genre et fréquence de l'aide (description exacte)

5.2 Prestation d'aide

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

Nom/institution

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

5.3 Aide durable

Votre enfant a-t-il besoin d'une aide pour des soins médicaux ou infirmiers (par exemple changements de pansements, etc)?

oui non

Si oui, sous quelle forme et dans quels domaines ?

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

mm, aaaa

5.4 Surveillance personnelle

Votre enfant a-t-il besoin d'une surveillance?

oui non

Si oui, sous quelle forme et dans quels domaines ?

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

mm, aaaa

Qui s'occupe de la surveillance ?

Nom/institution

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

5.5 Moyens auxiliaires

Y a-t-il des moyens auxiliaires ?

oui non

Si oui, lesquels ?

6. Versement

Compte bancaire Compte postal

Au nom de

nom/prénom

IBAN

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

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. En signant ce formulaire, le/la représentant/-e légal/-e de la personne assurée ou son/sa représentant/e de même que des avocat-e-s donne son autorisation pour recourir aux renseignements de tiers. L'ensemble des personnes et autorités, désignées dans le cadre de la présente autorisation, sont libérées par la personne assurée de leur obligation de garder le secret, qu'il s'agisse du secret de fonction ou du secret professionnel, vis-à-vis des organes de l'assurance-invalidité.

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

Remarques complémentaires

Pièces à joindre à la demande :

- 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 :

- acte de nomination du curateur/du tuteur et la description des obligations et des tâches, rapport d'entrée ou de sortie en cas de séjour dans un home, certificats médicaux

Prière de ne pas attacher vos documents ensemble

9. Organe compétent pour recevoir la demande

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