

**Demande:**

**Moyens auxiliaires de l'AVS**

**Veillez choisir  
ci-dessus le canton**

**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?

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

Avec nos meilleures salutations.

## Demande: Moyens auxiliaires de l'AVS

### Première demande

En cas de demande de renouvellement d'un moyen auxiliaire pour lequel l'AI ou l'AVS a déjà versé des prestations auparavant, il ne faut remplir que le paragraphe suivant **Demande de renouvellement d'un moyen auxiliaire**.

Pour quel moyen auxiliaire demandez-vous une contribution de l'AVS?

- ☐ appareil acoustique pour une oreille
- ☐ fauteuil roulant (montant forfaitaire)
- ☐ chaussures orthopédiques sur mesure ou
- ☐ chaussures orthopédiques de série
- ☐ perruque
- ☐ lunettes loupes ou
- ☐ appareil de lecture/appareil de lecture à l'écran
- ☐ appareil orthophonique
- ☐ épithèse faciale

### Demande de renouvellement d'un moyen auxiliaire

Quel moyen auxiliaire doit être renouvelé?

Quand pour la première fois des prestations en lien avec ce moyen auxiliaire ont-elle été accordées?

Par quel office?

Le moyen auxiliaire a-t-il été prescrit par un médecin spécialiste?

- ☐ oui ☐ non

Si oui, prière d'indiquer le nom et l'adresse de votre médecin spécialiste.

Si non, prière d'indiquer le nom et l'adresse de votre médecin-traitant

Nom

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

## 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 (en cas de séjour dans une institution, prière d'en indiquer le nom)

Nom de l'institution

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

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

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

Siège de l'autorité tutélaire

> **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

depuis

> **1.8**

Touchez-vous des prestations complémentaires? ☐ oui ☐ non  
 Si oui, par quelle institution sont-elles versées?  
 Nom de l'institution

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

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

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

☐ oui ☐ non

**3. Données relatives au fournisseur du moyen auxiliaire**

Société

Prière de joindre à cette demande toute copie de devis et/ou de factures

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

Numéro de téléphone

#### 4. Versement

☐ Compte bancaire

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

Le paiement de prestations de l'AVS ne se fait que sur un compte postal ou bancaire

Au nom de (nom/prénom)

No de compte (IBAN)

☐ Compte postal

Au nom de (nom/prénom)

No de compte (IBAN)

#### 5. Organes compétents pour recevoir la demande

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

#### 6. Autorisation/Signature/Annexes

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 d'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.

#### 7. Signature/Annexes

Le/la soussigné/e certifie avoir répondu à toutes les questions de manière complète et conforme à la vérité.

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.

Eventuellement, désignation et adresse du service social ou nom et adresse de la personne qui soutient l'assuré(e)

Annexes et remarques complémentaires

**Sont à joindre à la demande:**

– attestation de l'autorité tutélaire, acte de nomination du curateur, copies des factures, des devis.

## 8. Attestation du médecin

Prière de prendre en compte que pour la contribution à un appareil acoustique, une attestation n'est pas nécessaire dans la mesure où une expertise par un médecin-expert de l'AI a lieu.

### > 8.1

La personne assurée remplit les conditions médicales à l'octroi du moyen auxiliaire suivant:

- ☐ Fauteuil roulant, tant que celui-ci est probablement durablement nécessaire (des fauteuils roulant avec des aménagements spéciaux ne peuvent être obtenus exclusivement qu'auprès d'un dépôt AI après instruction de l'office AI et doivent être justifiés par un rapport médical séparé)
- ☐ Fauteuil roulant d'un modèle spécial. Le déplacement dans un fauteuil roulant d'un modèle simple n'est pas possible. C'est le cas lorsqu'une ou plusieurs des conditions suivantes sont remplies: poids de plus de 120 kg, taille supérieure à 185 cm ou inférieure à 150 cm, station assise libre impossible, hémi ou tétraparésie, amputation, contractures.
- ☐ En plus, il y a un risque important de décubitus.

Les fauteuils roulants d'un modèle spécial ne peuvent être obtenus qu'auprès des dépôts AI après que les offices AI aient mené une instruction. Le certificat pour de tels fauteuils doit être complété par le médecin traitant ou le personnel paramédical spécialisé.

- ☐ Chaussures orthopédiques sur mesure ou chaussures orthopédiques de série. Celles-ci compensent une forme du pied ou une dysfonction à caractère pathologique, respectivement remplacent un appareil orthopédique. Il n'est pas possible de recourir à des supports plantaires. (L'attestation doit être établie par un médecin-spécialiste en orthopédie.)
- ☐ Perruques. L'absence de chevelure doit modifier l'aspect extérieur de la personne assurée. La perruque doit être portée pour des raisons médicales durant une année au moins.
- ☐ Lunettes loupes ou
- ☐ Appareil de lecture/appareil de lecture à l'écran. La personne assurée ne peut plus lire de longs textes écrits en caractère de grandeur normale sans un tel moyen auxiliaire.
- ☐ Appareil orthophonique. La personne assurée a subi une laryngectomie et ne peut pas ou de manière insuffisante apprendre à parler par la voie oesophagienne.
- ☐ Epithèse faciale pour recouvrir les défauts faciaux ou remplacer des parties manquantes du visage (pavillon, nez, remplacement du maxillaire et plaques palatines, prothèses oculaires, etc).

### > 8.2

A votre avis, des investigations complémentaires sont-elles indiquées? ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquelles?

### > 8.3

Remarques

## Signature

Prénom, nom, date et signature du médecin

Adresse exacte (cabinet/service)

Numéro de téléphone en cas de questions complémentaires