

**Demande:
Allocation pour impotent 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?

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: Allocation pour impotent AVS

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

> 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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Numéro de téléphone

Mobile

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Origine pour les ressortissants étrangers

Pays d'origine

Date d'entrée en Suisse

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

> 1.7

Etat civil

depuis

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

2. Données générales

> 2.1

Nom et adresse de la caisse de compensation qui verse la rente de vieillesse

--

> 2.2

Touchez-vous une rente vieillesse de l'étranger? (Prière de joindre une attestation correspondante)

Si oui, de quel pays?

--

> 2.3

Etes-vous assuré en Suisse contre la maladie?

☐ oui

☐ non

> 2.4

Touchez-vous des prestations complémentaires? (Dans l'affirmative, prière de joindre une attestation correspondante)

☐ oui

☐ non

> 2.5

Touchez-vous déjà une allocation pour impotent?

☐ oui

☐ non

3. Données sur l'atteinte à la santé

> 3.1

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

--

> 3.2

Auprès de qui êtes-vous actuellement 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?

--	--	--

4. Données relatives à l'impotence

4.1 En raison de votre impotence et malgré des moyens auxiliaires, avez-vous 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?

	oui	non	depuis (mois/année)	genre et fréquence de l'aide (description exacte)
4.1.1 Se vêtir/se dévêtir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.1.2 Se lever/s'asseoir/se coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.1.3 Manger (aliments préparés normalement)				
– Le repas doit-il être apporté au lit pour des raisons médicales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
– La nourriture doit-elle être coupée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
– La nourriture doit-elle être portée à la bouche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
– Ne pouvez-vous prendre que de la nourriture par sonde (nourriture en purée, nourriture spéciale)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.1.4 Soins du corps				
– se laver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
– se coiffer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
– se raser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
– se baigner/se doucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.1.5 Aller aux toilettes				
– mettre en ordre les habits (avant et après être allé aux toilettes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
– hygiène corporelle/vérification de la propreté (après avoir été aux toilettes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
– manière inhabituelle d'aller aux toilettes (par ex. aide à la suite d'une cathétérisation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.1.6 Se déplacer				
– dans l'appartement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
– à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
– entretenir des contacts sociaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

> **4.2**

Avez-vous besoin de soins permanents ou de prestations d'aide médicale (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

> **4.3**

Qui a apporté l'aide au cours des deux dernières années?

Nom/Institution/Personne apportant l'aide

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

du

au

Nom/Institution/Personne apportant l'aide

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

du

au

> **4.4**

Nécessitez-vous 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/institution

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

> **4.5**

Devez-vous continuellement rester couché(e)?

☐ oui ☐ non

Combien d'heures par jour en moyenne pouvez-vous vous lever?

> **4.6**

Avez-vous des moyens auxiliaires?

☐ oui ☐ non

Si oui, lesquels?

--

> **4.7**

Ce formulaire a été rempli par:

Nom de l'institution

--

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

--	--

Numéro de téléphone

Mobile

--	--

5. Organe compétent pour recevoir la demande

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

6. 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.

7. 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** (par ex. livret de famille, certificat individuel d'état civil ou acte de famille, récépissé des papiers déposés, passeport), qui sont liées aux données personnelles
- **pour les ressortissants étrangers:** copie du permis d'établissement ou de séjour
- **à joindre si nécessaire:** attestation des autorités tutélaires ou acte de nomination du curateur, d'entrée ou de sortie en cas de séjour dans un home, certificats médicaux.

8. Données du médecin-traitant

> 8.1

Diagnostics (Diagnostics principaux en lettres capitales)

> 8.2

Examen
du

En traitement
du

au

> 8.3

L'impotence peut-elle être réduite par l'octroi d'un moyen auxiliaire?

☐ oui

☐ non

Si oui, desquels?

> 8.4

L'état de santé de la personne assurée est

☐ inchangé, identique

☐ s'améliore

☐ s'aggrave

> 8.5

Pronostic

> 8.6

Les renseignements fournis sous chiffre 4 coïncident-ils – aussi en ce qui concerne le besoin d'aide – avec les constatations que vous avez faites ci-dessus?

☐ oui

☐ non

> 8.7

Remarques (prière de compléter en particulier pour des données plus détaillées au cas où vous avez répondu par la négative à la question précédente)

Prénom, nom, date et signature du médecin

Adresse exacte (cabinet/service)

Numéro de téléphone en cas de questions complémentaires

(S'il n'est répondu qu'aux questions 8.1 - 8.6, la position Tarmed 00.2205 (auparavant 1132) peut être utilisée dans la facture. Si des investigations complémentaires sont nécessaires sous 8.7, la position Tarmed 00.2230 (auparavant 1131) peut être utilisée ou la position Tarmed 00.2240 pour autant que le rapport nécessite plus de 10 minutes).