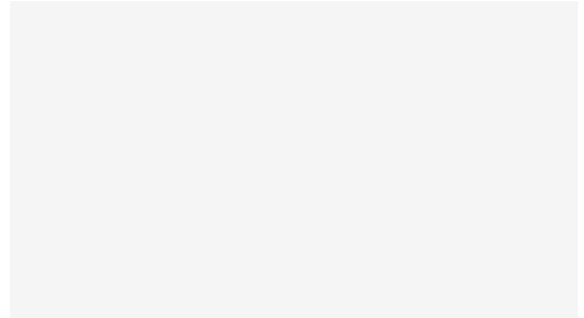
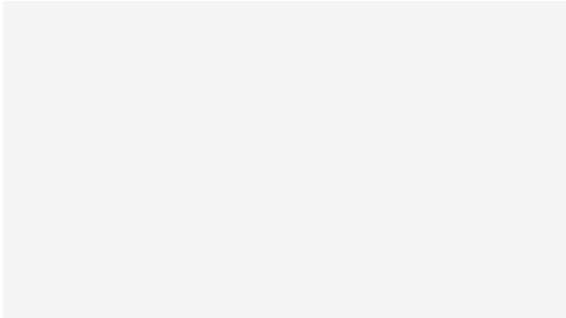


Assurance-invalidité fédérale (AI);

## **Demande de prestations AI pour adultes: Allocation pour impotent AI**

**choisir une 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.

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: Allocation pour impotent AI

## 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)

Sesso

### > 1.3

Date de naissance

N° 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 curatelle?

oui

non

Existe-t-il un mandat de

surveillance au sens des articles 360 ss CCS?

oui

non

Si oui, nom et adress du curateur/du représentant

Siège de l'autorité compétente

### > 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

## 2. Données générales

### > 2.1

Avez-vous déjà déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité?

oui

non

Si oui, auprès de quel office AI?

---

> **2.2**

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

> **2.2.1**

A vous-même?

oui  non

Si oui, lesquelles?

---

> **2.2.2**

A votre conjoint-e, resp. à votre partenaire enregistré-e?

oui  non

Si oui, lesquelles?

---

> **2.2.3**

Pour des enfants?

oui  non

Si oui, lesquelles?

---

> **2.2.4**

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

---

### 3. Données sur l'atteinte à la santé

> **3.1**

L'impotence est-elle due à

une infirmité  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)
<b>4.1.1</b> Se vêtir/se dévêtir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>4.1.2</b> Se lever/s'asseoir/se coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>4.1.3</b> 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"/>		
<b>4.1.4</b> 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"/>		
<b>4.1.5</b> 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	<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"/>		
<b>4.1.6</b> 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**

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

---

---

> **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?

---

---

---

---

---

## 5. Données relatives à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie pour les adultes qui n'habitent pas dans un home

### > 5.1

En raison de vos problèmes de santé, avez-vous besoin d'un accompagnement durable et régulier pour faire face aux nécessités de la vie?

oui  non

Seulement si oui:

### > 5.2

Des prestations d'aide sont-elles nécessaires pour vous permettre de vivre chez vous?

oui  non

Si oui, depuis quand et sous quelle forme?

---

---

### > 5.3

Un accompagnement est-il nécessaire pour les rendez-vous et les contacts hors du domicile?

oui  non

Si oui, depuis quand et sous quelle forme?

---

---

### > 5.4

La présence régulière d'un tiers est-elle nécessaire pour éviter l'isolement durable du monde extérieur?

oui  non

Si oui, depuis quand et sous quelle forme?

---

---

### > 5.5

**A remplir en cas de désir d'une allocation pour impotent et d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie en raison d'un handicap psychique:**

Un service spécialisé s'est-il déjà occupé de vous (par ex. service psycho-social, de consultation, etc)?

oui  non

Nom de l'institution

---

---

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

---

---

### > 5.6

Qui apporte l'aide sous la forme de l'accompagnement?

Nom de l'institution

---

---

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

---

---

Combien d'heures  
par semaine?

depuis quand?

---

---

> **5.7**

Ce formulaire a été rempli par :

Nom de l'institution


Numéro postal, lieu

Rue, numéro

--	--

Numéro de téléphone

Mobile

--	--

## 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 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: acte de nomination du curateur, mandat pour cause d'inaptitude, rapport d'entrée ou de sortie en cas de séjour dans un home, certificats médicaux