

1. Prestation requise

Quelles prestations d'assurances sont demandées?

- Mesures médicales par ex. en cas d'infirmité congénitale
 Mesures pour une réadaptation professionnelle
 Moyen auxiliaire (prothèse, fauteuil roulant, etc.)

Quel moyen auxiliaire ?

Fournisseur souhaité (prière de joindre des copies des factures ou des devis)

2. Renseignements personnels

2.1 Indications personnelles

Nom

indiquer aussi le nom de célibataire

Tous les 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

2.2 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

Numéro postal, lieu

2.3 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.

2.4 Citoyenneté

Ressortissant-e-s suisses

Commune d'origine/cantonn

Citoyenneté suisse depuis

Ressortissant-e-s étrangers/-ères

Pays d'origine

Date d'entrée en Suisse

3. Identité des parents

3.1 Mère

3.1.1 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

Ev. Date décès

jj, mm, aaaa

3.1.2 Domicile légal avec adresse exacte

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

Numéro de téléphone

E-Mail

3.1.3 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

3.2 Père

3.2.1 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

Ev. Date décès

jj, mm, aaaa

3.2.2 Domicile légal avec adresse exacte

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

Numéro de téléphone

E-Mail

3.2.3 Citoyenneté

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

Citoyenneté suisse depuis

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

Date d'entrée en Suisse

3.3 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

4. Données relatives à la formation/aptitudes de la personne assurée

4.1 Ecole fréquentée actuellement

Désignation et adresse de l'école

depuis

jj, mm, aaaa

4.2 Ecole fréquentée précédemment

Désignation et adresse de l'école

depuis

jj, mm, aaaa

jj, mm, aaaa

4.3 Formation

Votre enfant est-il actuellement en formation professionnelle initiale ou une place d'apprentissage est-elle en vue ?

oui non

Genre de formation

Début et durée de la formation

Nom de l'entreprise formatrice ou de l'établissement scolaire

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

Y a-t-il des frais supplémentaires liés au handicap pour cette formation ?

oui non

Données exactes de ces frais supplémentaires en détail

4.4 Activité lucrative

Votre enfant exerçait-il déjà une activité lucrative ?

oui non

Genre de l'activité

Adresse de l'employeur

du / au

5. Données générales

5.1 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 quel office AI ?

5.2 Assurances

Votre enfant a-t-il déposé une demande, resp. touche-t-il des prestations ?

de la SUVA ?

Nom et adresse de l'assurance (respectivement de l'agence compétente), y compris le numéro de référence

d'une autre assurance dans le cadre de l'assurance accident obligatoire ?

Nom et adresse de l'assurance (respectivement de l'agence compétente), y compris le numéro de référence

de l'assurance militaire ?

Nom et adresse de l'assurance (respectivement de l'agence compétente), y compris le numéro de référence

5.3 Caisse-maladie

Auprès de quelle caisse-maladie est assuré votre enfant (assurance de base) ?

Nom et adresse

5.4 Autorités et institutions

Quelles autorités ou institutions se sont-elles déjà occupé du handicap (autorités scolaires, orientation en matière d'éducation, offices d'orientation professionnelle, services sociaux privés et publics, offices de l'emploi, SUVA, etc.) ?

Nom et l'adress de l'instituion

Quand?

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

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

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

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

6. Données sur l'atteinte à la santé

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

Depuis quand l'atteinte existe-t-elle ?

6.2 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

6.3 Médecin, hôpital ou centre de soins

Prière de nous indiquer ici votre médecin de famille ainsi que les autres médecins, hôpitaux ou centres de soins qui vous traitent.

Nom et adresse

Spécialité

Pour quelles affections ?

En traitement depuis

En traitement jusqu'au

jj, mm, aaaa

jj, mm, aaaa

Nom et adresse

Spécialité

Pour quelles affections ?

En traitement depuis

En traitement jusqu'au

jj, mm, aaaa

jj, mm, aaaa

6.4 Moyen auxiliaire

Votre enfant possède-t-il déjà un moyen auxiliaire (prothèse, fauteuil roulant, etc.) ?

oui non

Si oui, description exacte ?

depuis

jj, mm, aaaa

6.5 Remarques complémentaires

7. Versement

Compte bancaire Compte postal

Au nom de

nom/prénom

IBAN

Nom et lieu de la banque

8. 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, la personne assurée ou son/sa représentant/e ou 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.

Cette autorisation permet à l'office AI d'informer les instances entrant en ligne de compte pour la réadaptation (médecins-traitants, employeurs, institutions).

9. Obligation de collaborer

Il est attendu de la part du participant que tout ce qui est exigible soit entrepris afin d'empêcher la survenance d'une invalidité.

10. 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)

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: copie du permis d'établissement ou de séjour de la personne assurée ainsi que de ses parents

à joindre si nécessaire :

- Copies des attestations de formation, d'établissements d'enseignement et d'employeurs ; des certificats médicaux ; de l'acte de nomination du curateur/tuteur ; de l'acte de décès
- Copies des factures ou des devis pour les moyens auxiliaires

Prière de ne pas attacher vos documents ensemble

11. Organe compétent pour recevoir la demande

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