|  |
| --- |
|  |

Numéro d’assuré

**Questionnaire pour la révision de la rente et**

**de l’allocation pour impotent**

Pour les questions posant une alternative Date de la remise

marquer d’une croix ce qui convient de ce questionnaire :

|  |  |
| --- | --- |
| Office AI**Office cantonal AI**Av. de la Gare 15Case postale1950 Sion | **Assuré** : Nom, prénoms, adresse exacte, NPA, domicile |

**1. Situation personnelle depuis le 1er octroi de la rente / la dernière révision**

1.1 Quel est votre état civil actuel : célibataire🞏

 marié(e)🞏 depuis quand ?

 partenaire enregistré(e)🞏 depuis quand ?

 séparé(e)🞏 depuis quand ?

 divorcé(e)🞏 depuis quand ?

 veuf/veuve🞏 depuis quand ?

1.2 Avez-vous des enfants ? oui 🞏 non 🞏

 Nom / Prénom : Né(e) le :

 Nom / Prénom : Né(e) le :

 Nom / Prénom : Né(e) le :

 Nom / Prénom : Né(e) le :

 **2. Etat de santé**

2.1 Selon vous, votre état de santé s’est-il amélioré🞏 depuis quand ?

 aggravé🞏 depuis quand ?

 ou est-il toujours le même🞏

🡪 Un rapport médical sera demandé par l’Office AI à votre médecin-traitant.

2.2 En quoi consiste cette modification éventuelle ?

2.3 Depuis l’octroi de la rente / depuis la dernière révision, avez-vous eu des absences de travail pour cause de maladie ou d’accident ? oui 🞏 non 🞏

Si oui, Degré de l’incapacité de travail

du au %

du au %

du au %

du au %

2.4 Etes-vous actuellement en traitement ou sous contrôle médical ?

(indiquer l’adresse du médecin de famille, des spécialistes et des établissements hospitaliers)

Si oui, auprès de qui Date de la dernière consultation

Sinon, auprès de qui étiez-vous en traitement ou sous contrôle médical en dernier lieu ?

 **3. Activité**

3.1 Etes-vous

salarié 🞏 indépendant 🞏 agriculteur 🞏 occupé aux travaux de votre propre ménage 🞏

 sans activité lucrative 🞏

3.2 Depuis l’octroi de la rente / depuis la dernière révision, avez-vous fait l’objet d’un changement professionnel pour raison

 de santé ? oui 🞏 non 🞏

3.3 Salariés (employés à plein temps ou à temps partiel)

 Noms et adresses des employeurs

3.4 Nous autorisez-vous à demander des renseignements à ces employeurs ? oui 🞏 non 🞏

3.5 Indépendants

 Quel a été votre revenu durant les trois dernières années ?
 (ne pas prendre en compte le montant de votre rente AI)

 2021 Fr. 2020 Fr. 2019 Fr.

3.6 Exercez-vous une activité lucrative accessoire ? oui 🞏 non 🞏

Genre de l’activité Employeur Revenu par mois Revenu par année

3.7 Activité bénévole

Effectuez-vous un travail bénévole (aussi non rémunéré)? oui 🞏 non 🞏

 quel genre?

Exercez-vous des mandats politiques et/ou publics (aussi non rémunérés)? oui 🞏 non 🞏

 lesquels?

3.8 Horaire de travail en cas de modification de l’état de santé depuis

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Avant la modification de l’état de santé | Après la modification de l’état de santé |
|  | heures par jour | heures par semaine | heures par jour | heures par semaine | Depuis |
| comme salarié |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |
| comme indépendant |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |
| comme agriculteur |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |
| comme personne occupée aux travaux de son propreménage |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |

Bénéficiez-vous de prestations d’une institution de prévoyance professionnelle du 2e pilier (caisse de pension) ? Dans l’affirmative, prière de nous en indiquer les nom et adresse exacts)

Bénéficiez-vous également de prestations d’autres assurances sociales ? (si oui, prière de nous en indiquer les nom et adresse exacts)

**4. Données relatives à l’impotence**

4.1 Actes ordinaires de la vie
Avez-vous besoin d’un soutien pour accomplir les actes ordinaires de la vie suivants ?

 oui non oui non

Se vêtir/se dévêtir 🞏 🞏 Aller aux toilettes 🞏 🞏

Se lever/s’asseoir/se coucher 🞏 🞏 Se déplacer 🞏 🞏

manger 🞏 🞏 Entretenir des contacts sociaux 🞏 🞏

Soins du corps 🞏 🞏

4.2 Avez-vous besoin de soins ou de prestations d’aide médicale (par exemple, aménagement journalier et/ou prise de médicaments, changements de pansements, etc) ?

 oui 🞏 non 🞏

4.3 Nécessitez-vous une surveillance ?

 oui 🞏 non 🞏

4.4 Accompagnement permettant de faire face aux nécessités de la vie

 En raison de vos problèmes de santé, avez-vous besoin d’un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie (c’est-à-dire une aide dans le sens d’un soutien/d’une explication qui permette de vivre de manière indépendante, de faire face aux nécessités de la vie et d’établir des contacts ou d’empêcher un isolement durable du monde extérieur)?

 oui 🞏 non 🞏

 En quoi et sous quelle forme avez-vous besoin d’un soutien?

**5. Remarques**

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

|  |
| --- |
|       |

**N° de tél. : Privé : …………………………………………………** (à compléter par l’assuré/e)

 **Prof. : …………………………………………………** (à compléter par l’assuré/e)

 **Natel : …………………………………………………** (à compléter par l’assuré/e)

**IMPORTANT**

**Annexes à nous remettre :** Que vous soyez salarié/e, indépendant/e, agriculteur/trice, occupé/e dans votre propre ménage ou sans activité lucrative, veuillez nous faire parvenir une copie des documents suivants :

* La dernière décision de taxation fiscale rendue par le Service cantonal des contributions
* Vos pièces comptables (comptes détaillés d’exploitation, bilans des 3 dernières années, annexes agricoles) pour les indépendants et agriculteurs.
* En cas de modification de votre état civil, votre livret de famille ou nouvelle pièce identité, le jugement de divorce, convention de séparation, document de partenariat, de mise sous tutelle ou curatelle.