

**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 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 de souligner le prénom usuel)

---

féminin

masculin

### > 1.3

Date de naissance (jour/mois/année)

Numéro 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 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

---

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 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 ou indirecte de la part d'un tiers, de façon régulière et importante, pour accomplir les actes ordinaires de la vie suivants?

Nous vous prions de ne pas utiliser des termes tels que «partiellement» ou «occasionnellement». Le genre d'aide (activité, action) doit être décrite précisément.

	oui	non	depuis (mois/année)	Genre d'aide (description exacte)
<b>4.1.1</b> Se vêtir/se dévêtir				
<b>4.1.2</b> Se lever/s'asseoir/se coucher				
<b>4.1.3</b> Manger (aliments préparés normalement)				
<b>4.1.4</b> Soins du corps				
<b>4.1.5</b> Aller aux toilettes				
<b>4.1.6</b> Se déplacer				

> **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 de l'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 de l'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?

---

## 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 (LA Mal), 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**: attestation des autorités tutélaires ou acte de nomination du curateur, d'entrée ou de sortie en cas de séjour dans un home, certificats médicaux.

## 9. Données concernant la personne ou l'institution susceptible de donner des renseignements

Dans la mesure où le formulaire n'a pas été rempli par la personne assurée ou son représentant légal.

Nom de l'institution

---

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

---