Numéro d’assuré

**Questionnaire pour la révision de la rente**

|  |
| --- |
|  |
|  |

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 15  Case postale  1950 Sion | **Assuré** : Nom, prénoms, adresse exacte, NPA, domicile |

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

1.1 Quelle 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 Indépendants

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

2017 Fr. 2016 Fr. 2015 Fr.

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

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

3.6 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 propre  ménage |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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. Impotence**

Avez-vous besoin, en raison de votre impotence et malgré l’usage de moyens auxiliaires, de l’aide directe ou indirecte, régulière et importante d’autrui pour accomplir les actes ordinaires suivants ?

oui non oui non

se vêtir/se dévêtir 🞏 🞏 aller aux toilettes 🞏 🞏

se lever/s’asseoir/se coucher 🞏 🞏 se déplacer (y c. établir des contacts) 🞏 🞏

manger 🞏 🞏

faire sa toilette 🞏 🞏

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Avez-vous besoin de soins permanents ? | de jour | de nuit | non |
| Avez-vous besoin d’une surveillance personnelle ? | de jour | de nuit | non |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Uniquement pour les personnes assurées qui ne résident pas dans un home: | | | | | | |
| Avez-vous besoin, à cause de votre atteinte à la santé, d'un accompagnement régulier et permanent pour faire face aux nécessités de la vie (vivre de manière indépendante, avoir des activités et entretenir des contacts sociaux à l'extérieur ou éviter un isolement durable du monde extérieur)? | | | | | | |
|  |  |  |  | | oui | non |
|  |  |  | |  |  |  |

Il y a besoin d’accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie lorsque la personne assurée ne peut pas vivre de manière indépendante sans l’accompagnement d’un tierce personne (pour la structuration de ses journées, pour faire face aux situations se présentant tous les jours <problèmes de voisinage, questions de santé, d’alimentation, d’hygiène, activités administratives simples> ou pour tenir son ménage), a besoin de l’accompagnement d’autrui pour accomplir des activités et établir des contacts hors de son domicile (pour ses achats, ses loisirs, ses contacts avec les services officiels ou le personnel médical, le coiffeur, etc.) ou risque sérieusement de s’isoler durablement du monde extérieur (si un tiers ne s’entretient pas avec elle en la conseillant, la motivant pour établir des contacts, en l’amenant par ex. assister à des manifestations).

**5. Remarques**

Lieu et date : Signature de l’assuré/e :

**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.