Assurance-invalidité fédérale (AI)

**Questionnaire pour l’employeur**

Numéro d’assuré(e)

Date de la remise de ce questionnaire : 25 juin 2020

|  |  |
| --- | --- |
| **Employeur** :  CP 1055, 1951 Sion | **Assuré** :  Date de naissance : |
|  | **Office cantonal AI**  Av. de la Gare 15  Case postale  1951 Sion  Affaire traitée par :  No de téléphone direct :  No de fax de l'Office AI : 027/324.96.10 |

Madame, Monsieur,

La personne précitée occupe/a occupé un emploi dans votre entreprise. Dans le cadre de l’instruction de ce dossier, un certain nombre de données, qui nous sont nécessaires (pour évaluer l’incapacité de travail ou de gain, pour examiner aussi rapidement que possible les possibilités de réadaptation. Aussi, nous vous prions de bien vouloir compléter les différentes rubriques ci-après, même si l’assuré/e ne travaille plus dans votre entreprise.

Vous pouvez également télécharger le questionnaire pour l’employeur sur notre site web ([www.aivs.ch](http://www.aivs.ch), rubrique guichet en ligne, formulaire employeur, document intitulé FOR004).

En nous retournant dès que possible ce formulaire, vous nous éviterez des questions complémentaires et des retards. Nous vous en remercions d'avance.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Avec nos salutations les meilleures  **Office de l'assurance-invalidité** |

Questionnaire pour l’employeur: Réadaptation

**Personne assurée**

Nom Prénoms

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Date de naissance Numéro d’assuré (13 chiffres, en commençant par 756)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**1. Entreprise**

Nom de l'entreprise

|  |
| --- |
|  |

Numéro postal, lieu Rue, numéro

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

En cas d’éventuelles questions, qui peut nous renseigner?

Prénom, nom

|  |
| --- |
|  |

Numéro de téléphone Adresse e-mail

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

A quelle caisse de compensation êtes-vous affilié?

|  |
| --- |
|  |

**2. Données sur le contrat de travail**

**2.1 Durée des rapports de travail**

Début et éventuelle fin des rapports de travail

Début Fin

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Le contrat de travail est

résilié  en vigueur

Par qui le contrat de travail a-t-il été résilié?

|  |
| --- |
|  |

Pour quels motifs?

|  |
| --- |
|  |

Prière de joindre la lettre de congé.

Dernier jour de travail effectif

|  |
| --- |
|  |

**2.2 Activité**

Activité exercée avant l’atteinte à la santé

|  |
| --- |
|  |

Jusqu’à quand? (jours, mois, année)

|  |
| --- |
|  |

Activité exercée après l’atteinte à la santé

|  |
| --- |
|  |

Depuis quand ? (jours, mois, année)

|  |
| --- |
|  |

**2.3 Temps de travail**

Horaire de travail normal dans votre entreprise

Nbre d’heures par jour Nbre d’heures par semaine

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Horaire de travail de la personne assurée avant l’atteinte à la santé

Nbre d’heures par jour Nbre d’heures par sem. depuis (jours, mois, année)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Horaire de travail de la personne assurée après l’atteinte à la santé

Nbre d’heures par jour Nbre d’heures par sem. depuis (jours, mois, année)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**3. Description de l’activité individuelle**

Dans ce questionnaire, vous nous donnez des informations importantes – importantes pour la personne concernée mais également pour les collaborateurs/-trices du Service médical régional (SMR), la réadaptation professionnelle et le conseil à la clientèle. Grâce à ces informations, nous pouvons traiter de manière fondée la situation individuelle.

Dans les questions ci-dessous, vous êtes prié d’indiquer les responsabilités principales. Précisez de la manière la plus exacte possible les exigences ou les charges.

**Quelles tâches font/faisaient partie de A quelle fréquence par jour ces tâches doivent-**

**l’activité?** **elles être effectuées? (supposition 8 h/jour)**

1–5% ou 6–33% ou 34–66% ou

jusqu’à env. ½ h ½ jusqu’à env. 3h 3 jusqu’à 5¼ h

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | rarement | parfois | souvent |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | rarement | parfois | souvent |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | rarement | parfois | souvent |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | rarement | parfois | souvent |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | rarement | parfois | souvent |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | rarement | parfois | souvent |

**A quelles exigences/charges physiques et A quelle fréquence par jour ces tâches doivent-**

**intellectuelles est/était confrontée la personne elles être effectuées? (supposition 8 h/jour)**

**assurée?** 1–5% ou 6–33% ou 34–66% ou

jusqu’à env. ½ h ½ jusqu’à env. 3h 3 jusqu’à 5¼ h

**Physiques**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| etre assis | rarement | parfois | souvent |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| marcher | rarement | parfois | souvent |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| rester debout | rarement | parfois | souvent |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| soulever ou porter (léger: 0–10 kg) | rarement | parfois | souvent |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| soulever ou porter (moyen: 10–25 kg) | rarement | parfois | souvent |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| soulever ou porter (lourd: plus de 25 kg) | rarement | parfois | souvent |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| autres | rarement | parfois | souvent |

**Intellectuelles** Les exigences/charges journalières sont

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| concentration/attention | grandes | moyennes | faibles |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| endurance | grandes | moyennes | faibles |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| soin | grandes | moyennes | faibles |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| faculté d’interprétation | grandes | moyennes | faibles |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| autres | grandes | moyennes | faibles |

**Autres exigences ou charges:**

Prière de nous indiquer ici d’autres informations spécifiques qui pourront nous donner une image réaliste de l’activité de votre collaborateur, respectivement de votre collaboratrice.

|  |
| --- |
|  |

A votre avis, quel travail pourrait faire votre collaborateur, resp. votre collaboratrice?

|  |
| --- |
|  |

**4. Possibilités de placement**

Nous aimerions que la personne assurée recouvre sa capacité de gain. Nous voulons la réadapter à la vie active le plus loin possible. Nous vous prions dès lors de nous renseigner sur ce qui suit:

La personne assurée peut-elle être placée dans votre entreprise ou ailleurs?

oui  non

Des possibilités de placement à l’interne ont-elles déjà été examinées?

oui  non

Etes-vous intéressé à ce sujet par une aide de la part des spécialistes de l’assurance-invalidité?

oui  non

**5. Salaire**

**5.1 Salaire actuel**

Salaire AVS actuel de la personne assurée (sans les frais ni le logement)

Salaire annuel (en CHF) depuis (jours, mois, année)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Salaire mensuel (en CHF) depuis (jours, mois, année)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Salaire horaire (en CHF)

Salaire horaire/ Indemnités Indemnités 13e/ Salaire horaire

base vacances jours fériés gratification total depuis

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

Les frais et le logement sont-ils payés en plus?

oui  non

Si oui, CHF

|  |
| --- |
|  |

**5.2 Rendement**

Le salaire versé correspond-il au rendement?

oui  non

Dans la négative, quel salaire correspondrait au rendement?

Salaire (en CHF) depuis (mois/ année)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Au cas où le salaire dépasse le travail fourni, nous vous prions de nous indiquer séparément la justification détaillée sur le genre et l’étendue de la diminution de rendement en précisant les dates depuis quand le rendement est diminué.

Vous trouvez une explication sur le salaire social et le salaire au rendement au chapitre 8 “Informations importantes”.

Part de salaire correspondant au rendement Part de salaire social (in CHF)

(en CHF)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Remarques

|  |
| --- |
|  |

Combien gagnerait aujourd’hui la personne assurée sans atteinte à la santé dans son ancienne activité?

Année (en CHF) Mois (en CHF) Heure (en CHF)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

* **5.3 Salaires versés durant les 3 dernières années**

Revenus AVS des 3 dernières années ou des périodes demandées

Sans les indemnités de remplacement comme par ex. les indemnités versées par une assurance, etc.

Année 20      20      20

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Janvier |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Février |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mars |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Avril |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mai |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Juin |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Juillet |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Août |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Septembre |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Octobre |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Novembre |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Décembre |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 13ème salaire |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Gratification |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Salaire annuel |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Heures de travail/année |  |  |  |

**6. Prestations en remplacement du salaire**

**6.1 Prestations**

Quelles sont les prestations dont la collaboratrice/le collaborateur bénéficie-t-elle/-il déjà?

Maintien du salaire

IJ maladie

IJ accident

**6.2 Indemnité journalière accident ou maladie**

Quelle assurance verse l'indemnité journalière en cas d'accident ou de maladie?

Nom et adresse de l'assureur

|  |
| --- |
|  |

**6.3 Avances**

Des avances sont-elles versées?

oui  non

Si oui, par qui? Nom et adresse (employeur, caisse de pension, etc)

|  |
| --- |
|  |

Vous trouvez des informations importantes sur la compensation au chapitre 8 “Informations importantes”

**6.4 Institution de prévoyance**

Auprès de quelle institution de prévoyance du 2e pilier de votre entreprise est, respectivement était, affiliée la personne assurée lors de la survenance de l’incapacité de travail.

Nom et adresse de l’institution de prévoyance

|  |
| --- |
|  |

**7. Absences**

* **7.1 Absences maladie ou/et accident**

Tenez-vous une liste des absences? Si c’est le cas, vous n’avez pas besoin de remplir la tabelle ci-dessous. Joignez simplement les listes au questionnaire.

Absences maladie ou/et accident

Indiquez les absences avec M = maladie/A = accident

M/A année du au Incapacité de travail en %

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

* **7.2 Signature**

Date

|  |
| --- |
|  |

Timbre et signature

|  |
| --- |
|  |

Observations

|  |
| --- |
|  |

**8. Informations importantes**

**Salaire au rendement/Salaire social**

Des personnes avec des limitations dues à leur atteinte à la santé ne sont pas nécessairement à même de fournir une prestation correspondant aux heures et au travail exigés. Dans ce cas, l’entreprise peut convenir avec la personne concernée d’un salaire au rendement. Dans la pratique, cela peut se présenter par exemple ainsi: le travailleur est présent tout la journée, travaille durant ce temps mais ne fournit que la moitié de la prestation. Le contrat est pour cette raison adapté sur la base d’un salaire au rendement. Cela signifie que c’est la prestation qui est rémunérée, pas le temps de présence.

A l’inverse, une entreprise peut, par responsabilité sociale, fixer un salaire qui est plus élevé que la prestation fournie. Dans ce cas, on parle d’un salaire avec composante sociale.

L’assurance-invalidité aimerait traiter la personne assurée correctement. Nous avons dès lors besoin d’informations de la part de l’employeur: le salaire convenu correspond-il à la prestation fournie ? Et le salaire comprend-il une composante sociale? De quelle importance ?

**Indemnité journalière**

Dans certaines situations, l’AI prend en charge des mesures de réadaptation d’ordre médical ou professionnel. Pendant la durée de ces mesures, la personne assurée touche en principe une indemnité journalière. Si durant cette période, l’employeur verse un salaire, il reçoit l’indemnité journalière.

**Rente d’invalidité**

La personne assurée ne touche une rente que lorsqu’une réadaptation suffisante n’est pas possible.

**Avances/Compensation**

L’AI détermine très soigneusement le degré d’invalidité, les mesures d’instruction peuvent ainsi parfois durer un certain temps. Cela peut amener au paiement de rentes rétroactives. Si durant cette période, l’employeur ou son institution de prévoyance verse une avance, cette avance peut être directement compensée avec le versement des rentes rétroactives.

Nous vous rendons attentif au fait que vous devez adresser une demande de compensation écrite à la caisse de compensation avant le premier versement de la rente.

Nous vous prions d’adresser le formulaire de compensation avec des paiements rétroactifs de l’AVS/AI. Vous trouvez ce formulaire sur le site internet de votre office AI. Vous pouvez aussi l’obtenir chez nous.