

Demande pour mineurs : Mesures médicales, mesures d'ordre professionnel et moyens auxiliaires



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

Dans quel pays résidez-vous?

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 AVS

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

Rue, numéro

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 et la description des obligations et des tâches.

2.4 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

2.5 Qui a rempli le formulaire ?

- ☐ La personne assurée
☐ Une tierce personne

Nom, prénom

E-Mail

La personne assurée a donné son accord pour le dépôt de la présente demande.

☐ oui ☐ non

3. Identité des parents

3.1 Premier parent

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 AVS

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 Deuxième parent

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 AVS

756

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

jj, mm, aaaa

Ressortissant-e-s étrangers/-ères

Pays d'origine

Date d'entrée en Suisse

jj, mm, aaaa

3.3 Droit de garde

Si les parents sont séparés ou divorcés : lequel a l'exercice de l'autorité parentale ?

Veuillez joindre une copie de l'acte attribuant de l'autorité parentale

☐ en commun ☐ premier parent ☐ deuxième parent

Parents non mariés ou droit de garde commun : A qui doit être adressée la correspondance ?

☐ premier parent ☐ deuxième parent

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

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

Après 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?

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 ?

mm, aaaa

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

jj, mm, aaaa

En traitement jusqu'au

jj, mm, aaaa

Nom et adresse

Spécialité

Pour quelles affections ?

En traitement depuis

jj, mm, aaaa

En traitement jusqu'au

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

Autorisation de communiquer des renseignements

En faisant valoir son droit aux prestations, 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 la demande, 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 obligés 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. La personne assurée sera informée des contacts établis avec ces personnes et ces instances.

En faisant valoir son droit aux prestations, la personne assurée ou son/sa représentant/e ou des avocat-e-s donne/nt 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).

Obligation de collaborer

La personne assurée est tenue d'entreprendre tout ce qui est exigible de sa part pour diminuer la durée et l'importance de son incapacité de travail et empêcher la survenance d'une invalidité. Par la suite, elle prend connaissance du fait qu'elle doit participer activement à toutes les mesures exigibles.

Informations complètes et conformes à la vérité

- ☐ Par l'envoi de ce formulaire, la personne qui a rempli la demande atteste avoir fourni des informations et des documents complets et conformes à la vérité.

Date

Remarques complémentaires

Annexes

Pièces jointes au formulaire

- ☐ Copie des pièces d'identité officielles établissant clairement l'identité de toutes les personnes mentionnées dans la demande (par ex. livret de famille, certificat individuel d'état civil ou acte de famille, récépissé des papiers déposés, passeport, document de partenariat)
- ☐ pour les ressortissants étrangers: copie du permis d'établissement ou de séjour
- ☐ Attestations de formation, d'apprentissage, de fréquentation de hautes écoles, attestation d'employeurs
- ☐ Copies des factures ou des devis pour les moyens auxiliaires
- ☐ Copie de l'acte de nomination du curateur
- ☐ Copie de la description des obligations et des tâches du curateur
- ☐ Copies des certificats médicaux
- ☐ Copie de l'acte de décès
- ☐ Copie de l'acte attribuant l'autorité parentale
- ☐ Autre