

1. Demande

1.1 Première demande

Pour quel moyen auxiliaire demandez-vous une contribution de l'AVS ?

- appareil acoustique pour une oreille
- fauteuil roulant (montant forfaitaire)
- chaussures orthopédiques sur mesure ou
- chaussures orthopédiques de série
- perruque
- lunettes loupes ou
- appareil de lecture/appareil de lecture à l'écran
- appareil orthophonique
- épithèse faciale

1.2 Demande de renouvellement d'un moyen auxiliaire

Quel moyen auxiliaire doit être renouvelé ?

Quand pour la première fois des prestations en lien avec ce moyen auxiliaire ont-elle été accordées ?

Par quel office ?

2. Renseignements personnels

2.1 Indications personnelles

Nom

indiquer aussi le nom de célibataire

Prénoms

tous les prénoms, prière d'écrire en majuscules le prénom usuel

féminin masculin

Date de naissance

jj, mm, aaaa

Numéro d'assuré

13 chiffres

Etat civil

depuis

jj, mm, aaaa

2.2 Domicile légal avec adresse exacte

Domicile légal avec adresse exacte (en cas de séjour dans une institution, prière d'en indiquer le nom)

Nom de l'institution

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, tutelle et mandat pour cause d'incapacité

Existe-t-il une curatelle ?

oui non

Existe-t-il un mandat de surveillance au sens des articles 360 ss CCS ?

oui non

Si oui, nom et adresse du tuteur/du curateur/du représentant

Si oui, prière de joindre à cette demande une copie de l'acte de nomination du tuteur/du curateur ou une copie du mandat pour cause d'incapacité.

Siège de l'autorité compétente

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

3. Données générales

3.1 Prestations complémentaires

Touchez-vous des prestations complémentaires ?

oui non

Si oui, par quelle institution sont-elles versées ?

Nom de l'institution

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

3.2 Caisse-maladie

Auprès de quelle caisse-maladie êtes-vous assuré (assurance de base) ?

Nom et adresse

4. Données relatives au moyen auxiliaire

4.1 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

4.2 Prescription médicale

Le moyen auxiliaire a-t-il été prescrit par un médecin spécialiste ?

- oui non

Si oui, prière d'indiquer le nom et l'adresse de votre médecin spécialiste.

Si non, prière d'indiquer le nom et l'adresse de votre médecin-traitant.

Nom

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

4.3 Données relatives au fournisseur du moyen auxiliaire

(prière de joindre à cette demande toute copie de devis et/ou de factures)

Société

Numéro postal, lieu

Rue, numéro

Numéro de téléphone

5. Versement

- Compte bancaire Compte postal

Au nom de (nom/prénom)

IBAN

Nom et lieu de la banque

6. 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 d'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 (LAMal), 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. En signant ce formulaire, la personne assurée ou son/sa représentant/e ou des avocat-e-s donne 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.

7. Signature/Annexes

La personne soussignée atteste avoir fourni des informations et des documents complets et conformes à la vérité.

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

Remarques complémentaires

Pièces à joindre à la demande :

acte de nomination du curateur, mandat pour cause d'inaptitude, copies des factures, des devis, des rapports médicaux

Prière de ne pas attacher vos documents ensemble

8. Attestation du médecin

Prière de prendre en compte que pour la contribution à un appareil acoustique, une attestation n'est pas nécessaire dans la mesure où une expertise par un médecin-expert de l'AI a lieu.

8.1 Diagnostics

La personne assurée remplit les conditions médicales à l'octroi du moyen auxiliaire suivant :

- Fauteuil roulant, tant que celui-ci est probablement durablement nécessaire (des fauteuils roulant avec des aménagements spéciaux ne peuvent être obtenus exclusivement qu'auprès d'un dépôt AI après instruction de l'office AI et doivent être justifiés par un rapport médical séparé)
- Fauteuil roulant d'un modèle spécial. Le déplacement dans un fauteuil roulant d'un modèle simple n'est pas possible. C'est le cas lorsqu'une ou plusieurs des conditions suivantes sont remplies: poids de plus de 120 kg, taille supérieure à 185 cm ou inférieure à 150 cm, station assise libre impossible, hémiplégie ou tétraplégie, amputation, contractures.
 - En plus, il y a un risque important de décubitus.

Les fauteuils roulants d'un modèle spécial ne peuvent être obtenus qu'auprès des dépôts AI après que les offices AI aient mené une instruction.

- Chaussures orthopédiques sur mesure ou chaussures orthopédiques de série. Celles-ci compensent une forme du pied ou une dysfonction à caractère pathologique, respectivement remplacent un appareil orthopédique. Il n'est pas possible de recourir à des supports plantaires. (L'attestation doit être établie par un médecin-spécialiste en orthopédie.)
- Perruques. L'absence de chevelure doit modifier l'aspect extérieur de la personne assurée. La perruque doit être portée pour des raisons médicales durant une année au moins.

Lunettes loupes/Appareil de lecture/appareil de lecture à l'écran. La personne assurée ne peut plus lire de longs textes écrits en caractère de grandeur normale sans un tel moyen auxiliaire.

	Valeurs visuelles	Besoin d'agrandissement
<input type="checkbox"/> Lunettes loupes	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Appareil de lecture/appareil de lecture à l'écran	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Appareil orthophonique. La personne assurée a subi une laryngectomie et ne peut pas ou de manière insuffisante apprendre à parler par la voie oesophagienne.
- Epithèse faciale pour recouvrir les défauts faciaux ou remplacer des parties manquantes du visage (pavillon, nez, remplacement du maxillaire et plaques palatines, prothèses oculaires, etc).

8.2 Investigations complémentaires

A votre avis, des investigations complémentaires sont-elles indiquées ?

- oui non

Si oui, lesquelles?

8.3 Remarques

Remarques

8.4 Signature

Nom

Prénom

Date

Timbre et signature du médecin

Adresse exacte (cabinet/service)

Numéro de téléphone en cas de questions complémentaires

9. Organe compétent pour recevoir la demande

La demande doit être déposée auprès de l'office AI du canton de domicile.