

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: Mesures professionnelles/Rente

Quelles prestations d'assurance demandez-vous?

Mesures pour une réadaptation professionnelle

Rente (est examinée si aucune mesure de réadaptation n'entre en ligne de compte)

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 d'écrire en majuscules 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

> 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

Prière de joindre à cette demande une copie de l'attestation de l'autorité tutélaire ou de l'acte de nomination 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 (cocher ce qui convient, resp. indiquer les dates exactes)

célibataire

marié-e

veuf/veuve

divorcé-e

séparé-e par jugement

partenariat enregistré

partenariat enregistré dissout par la mort

partenariat enregistré dissout par le juge

partenariat enregistré séparé judiciairement

depuis (date exacte)

Toute union précédente, resp. Partneria(s)t enregistré(s)

Date exacte du mariage/du partenariat enregistré

veuf/veuve partenariat enregistré dissout par la mort	divorcé-e partenariat enregistré par le juge	séparé-e par jugement partenariat enregistré séparé judiciairement
---	--	---

depuis (date exacte)

Nom de famille	Prénom	Date de naissance jour/mois/année	Sexe m ou f	Numéro AVS
----------------	--------	--------------------------------------	----------------	------------

Date exacte du mariage/du partenariat enregistré

veuf/veuve partenariat enregistré dissout par la mort	divorcé-e partenariat enregistré par le juge	séparé-e par jugement partenariat enregistré séparé judiciairement
---	--	---

depuis (date exacte)

Nom de famille	Prénom	Date de naissance jour/mois/année	Sexe m ou f	Numéro AVS
----------------	--------	--------------------------------------	----------------	------------

2. Données personnelles de la conjointe/du conjoint, resp. de la partenaire enregistrée/du partenaire enregistré

> 2.1

Nom de famille (pour les personnes mariées ou veuves, également celui de célibataire)

> 2.2

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

> 2.3

Date de naissance (jour/mois/année)	Numéro AVS
-------------------------------------	------------

> 2.4

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

3. Enfants

Données relatives à tous les enfants pour lesquels une rente complémentaire pour enfants d'invalidé ou des bonifications pour tâches éducatives sont accordées.

> 3.1

Propres enfants (également enfants adoptés)

Nom de famille, prénom	Date de naiss. jour/mois/année	Ev. Date décès jour/mois/année	en formation oui ou non	Numéro AVS
------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	------------

Prière de compléter les données de tous les enfants (aussi les majeurs)

3.2

Enfants du conjoint

Nom de famille, prénom	Date de naiss. jour/mois/année	Ev. Date décès jour/mois/année	en formation oui ou non	Numéro AVS

> 3.3

Enfants recueillis

Nom de famille, prénom	Date de naiss. jour/mois/année	Ev. Date décès jour/mois/année	en formation oui ou non	Numéro AVS

4. Données générales

> 4.1

N'avez-vous jamais été domicilié(e) hors de Suisse?

oui du (mois/année)	non au (mois/année)	en (pays)

> 4.2

Pour les personnes mariées, veuves ou divorcées, resp. en partenariat enregistré dissout par la mort ou par le juge:

Le/la partenaire n'a-t-il/elle jamais été domicilié-e hors de Suisse?

oui du (mois/année)	non au (mois/année)	en (pays)

> 4.3

Avez-vous exercé une activité lucrative hors de Suisse?

oui du (mois/année)	non au (mois/année)	en (pays)

Avez-vous dans un pays de l'UE (prière de cocher ce qui convient)

- exercé une activité lucrative indépendante?
- exercé une activité lucrative salariée?
- suivi des études?
- effectué du service militaire?

- > **4.4**
Avez-vous, vous-même ou votre conjoint/e, resp. votre partenaire enregistré-e déposé une demande AI?
oui non
Si oui, auprès de quel office AI?
|
- > **4.5**
Des prestations (rentes ou autres) de l'AVS ou de l'assurance-invalidité sont-elles ou ont-elles été servies?
- > **4.5.1**
A vous-même?
oui non
Si oui, lesquelles?
|
- > **4.5.2**
A votre conjoint-e, resp. à votre partenaire enregistré-e?
oui non
Si oui, lesquelles?
|
- > **4.5.3**
Pour des enfants?
oui non
Si oui, lesquelles?
|
- > **4.5.4**
Si oui, par quel office AI ou quelle caisse de compensation?
|
- > **4.6**
Avez-vous demandé, respectivement touchez-vous des prestations
(par ex. traitement médical, mesures de réadaptation, indemnités journalières, rente, moyen auxiliaire)
d'une assurance-maladie indemnités journalières?
Si oui, nom et adresse de l'assurance, y compris le numéro d'indemnités journalières
|
de la SUVA?
Si oui, nom et adresse de l'assurance, y compris le numéro d'accident
|
d'une autre assurance dans le cadre de l'assurance-accident obligatoire?
Si oui, nom et adresse de l'assurance, y compris le numéro d'accident
|
de l'assurance militaire?
Si oui, nom et adresse de l'assurance, y compris le numéro de référence
|
de la prévoyance professionnelle?
Si oui, nom et adresse de l'institution de prévoyance?
|
de l'aide sociale?
Si oui, nom et adresse du service social
|
de l'assurance chômage?
Si oui, nom et adresse de la caisse de chômage (si une indemnité chômage a été versée)
|
de l'office régional de placement (ORP)?
Si oui, nom et adresse de l'ORP
|

5. Données relatives à la formation, la profession et l'activité exercée jusqu'ici

> 5.1

Ecoles fréquentées (sans les écoles professionnelles; celles-ci sont à indiquer sous le ch. 5.2)

> 5.2

Profession apprise

Genre de

formation professionnelle

(études, apprentissage,

form. élémentaire, etc.)

Durée

du

au

Diplôme (CFC, attestation

de capacité, etc.)

--	--	--	--

Nom et adresse du lieu de formation ou du maître/de la maîtresse d'apprentissage

--

Genre de

formation professionnelle

Durée

du

au

Diplôme (CFC, attestation

de capacité, etc.)

--	--	--	--

Nom et adresse du lieu de formation ou du maître/de la maîtresse d'apprentissage

--

> 5.3

Langue maternelle

--

Avez-vous connaissance de langues étrangères?

Si oui, lesquelles?

--

Avez-vous le permis de conduire?

Si oui, pour quelles catégories?

--

Avez-vous des connaissances en informatique?

Si oui, quelles applications?

--

Disposez-vous d'autres connaissances dans des domaines particuliers?

Si oui, lesquelles?

--

--

--

> 5.4

Activités

Activité principale ou à temps partiel (donnez les renseignements pour les 3 dernières années précédant la demande)

Genre d'activité

Taux en %

--	--

Nom et adresse de l'employeur

--

Durée du

au

Revenu brut CHF (heure, semaine, mois)

--	--	--

Genre d'activité		Taux en %
Nom et adresse de l'employeur		
Durée du	au	Revenu brut CHF (heure, semaine, mois)
Genre d'activité		Taux en %
Nom et adresse de l'employeur		
Durée du	au	Revenu brut CHF (heure, semaine, mois)

> **5.5**
Activités accessoires (les données sont à compléter pour les **3 dernières années avant le dépôt de la demande**)

Genre d'activité		Taux en %
Nom et adresse de l'employeur		
Durée du	au	Revenu brut CHF (heure, semaine, mois)
Genre d'activité		Taux en %
Nom et adresse de l'employeur		
Durée du	au	Revenu brut CHF (heure, semaine, mois)

> **5.6**
Activités non lucratives

Genre d'activité (femme/homme au foyer, étudiant/e, etc.)	Durée du	au

> **5.7**
Chômage

Complet (contrat de travail résilié)

Durée du	au
Nom et adresse de la caisse de chômage (si une indemnité de chômage a été versée)	

Partiel (en cas de maintien du contrat de travail)

En pour-cent	Durée du	au
Nom et adresse de la caisse de chômage (si une indemnité de chômage a été versée)		

6. Données sur l'atteinte à la santé

> 6.1

L'atteinte à la santé a-t-elle été causée par
une infirmité congénitale? une maladie? un accident?

> 6.2

Précisions sur le genre d'atteinte à la santé

> 6.3

Depuis quand l'atteinte existe-t-elle?

--

> 6.4

Incapacité de travail pour cause de maladie

Durée du au en pour-cent Nom et adresse de l'assurance-maladie

Durée du	au	en pour-cent	Nom et adresse de l'assurance-maladie

> 6.5

Incapacité de travail pour cause d'accident

Durée du au en pour-cent Nom et adresse de l'assurance-accident

Durée du	au	en pour-cent	Nom et adresse de l'assurance-accident

> 6.6

L'atteinte à la santé a-t-elle été causée totalement ou partiellement par un tiers (par ex. accident de la circulation)?

oui non

> 6.7

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

--

Spécialité

--

Du au Pour quelles affections?

--	--	--

Nom et adresse du/de la spécialiste, respectivement de l'hôpital ou de l'établissement de soins

--

Spécialité

--

Du au Pour quelles affections?

--	--	--

7. Versement

Quel mode de versement souhaitez-vous?

compte-bancaire (description exacte, par. ex. compte privé, compte-épargne)

Nom et adresse de la banque, respectivement de l'agence

No du Compte-bancaire

Au nom de (nom/prénom)

Numéro du compte de chèques postaux de la banque Numéro de clearing bancaire

Compte postal

Numéro de compte postal

8. Remarques complémentaires

> 8.1

Proches parents invalides

Le conjointe/la conjointe, resp. le/la partenaire enregistré-e ou les enfants ont un droit à des prestations de l'assurance-invalidité, il faut remplir pour chacun un formulaire particulier.

Information: Quand existe-t-il un droit à une rente d'enfant?

Le droit à une rente d'enfant dure jusqu'à ce que l'enfant ait 18 ans révolus. Pour les enfants âgés de 18 à 25 ans, une rente d'enfant peut être accordée tant qu'ils sont en formation. Dans de tels cas, il convient de joindre à la demande de rente le contrat d'apprentissage ou une attestation de l'établissement de formation avec l'indication du début et de la fin probable de la durée de la formation.

> 8.2

Périodes de cotisations

Pour que les organes de l'AVS et de l'AI puissent déterminer les périodes de cotisations aussi précisément que possible dans l'éventualité d'une rente à calculer

- les ressortissants étrangers et
- les personnes qui n'avaient pas la nationalité suisse durant toute la période où elles ont exercé une activité lucrative en Suisse doivent joindre à leur demande tous les documents en leur possession susceptibles de fournir des renseignements sur la durée exacte de leur activité lucrative et de leur séjour en Suisse (certificats de travail, décomptes de salaire, livret d'étranger, permis de séjour, etc.). De plus, pour la période antérieure à 1969, il est indispensable de joindre les certificats de travail et les décomptes de salaire pour que la durée de cotisations puisse être calculée correctement. Si ces documents font défaut, la durée de cotisations devra être calculée selon une procédure simplifiée.

9. Organe compétent pour recevoir la demande

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

10. 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 mentionnées 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 (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.

Cette autorisation permet à l'office AI d'informer les instances entrant en ligne de compte pour la réadaptation (médecins-traitants, employeurs, institutions).

11. 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.

12. 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:

- **tous les certificats d'assurance de l'AVS/AI** de la personne ayant droit aux prestations
- **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)
- **pour les ressortissants étrangers**: copie du permis d'établissement ou de séjour
- **a joindre si nécessaire**: attestations de formation, d'établissements d'enseignement et d'attestation d'employeurs, certificats médicaux, copie du jugement de divorce ou de séparation, y compris l'attestation d'entrée en force ou de la convention de divorce ou de séparation, resp. tout document analogue en cas de partenariat enregistré, copies des actes de naissance des enfants, certificat de vie, acte de décès, attestation de l'autorité tutélaire, acte de nomination du curateur