

Demande : Moyens auxiliaires de l'AVS



1. Demande



1.1 Première demande

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

- appareil/s auditif/s
- appareil/s auditif/s fixé/s par ancrage osseux
- 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 ?

jj, mm, aaaa

Par quel office ?

2. Renseignements personnels

Dans quel pays résidez-vous?

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

Numéro AVS

756

jj, mm, aaaa

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

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

Existe-t-il une curatelle ? oui non

Si oui, nom et adresse du curateur/du représentant

Si oui, prière de joindre à cette demande une copie de l'acte de nomination du curateur 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. 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.)

L'atteinte à la santé est entièrement ou partiellement due à :

- 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.)

L'atteinte à la santé est entièrement ou partiellement due à :

- 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

ErgoVision SA - Sylvie Moroszlay

Numéro postal, lieu Rue, numéro

1093 La Conversion Ch. des Côtes-de-Bochat

Numéro de téléphone

021 791 14 50

5. Versement

Compte bancaire Compte postal

Au nom de (nom/prénom)

IBAN

CH

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).

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

Vous trouverez ci-dessous tous les documents que vous pouvez soumettre. Vous pouvez télécharger ces documents en ligne ou les envoyer par la poste.

Si un document ne figure pas dans la liste, sélectionnez "Autre".

Téléchargement en ligne :

- Formats : jpg, png ou pdf
- Taille maximale par document : 3 mégaoctet (Mo).

Courrier :

Soumettez les documents/annexes (par exemple, la procuration) avec le document d'accompagnement. La procédure s'affichera lorsque vous soumettrez le formulaire par voie électronique.

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)
- Copie de l'acte de nomination du curateur
- Copie de la description des obligations et des tâches du curateur
- Copies des certificats médicaux
- Copies des devis
- Copies des factures,
- Autre