|  |  |
| --- | --- |
| Rathausgasse 1  3011 Berne  Tél. +41 31 633 42 83  Fax +41 31 633 40 19  www.gef.be.ch  info.alba@gef.be.ch | Direction de la santé publique et  de la prévoyance sociale  du canton de Berne  Office des personnes âgées et handicapées  Marianne Wild  Rathausgasse 1  3011 Berne |

Evaluation des besoins particuliers et des prestations : inscription

Vous avez la possibilité de faire évaluer les besoins particuliers en soins et en prise en charge liés au handicap. Nous prendrons contact avec vous avoir examiné votre inscription.

# Coordonnées (de la personne à évaluer)

Nom Prénom

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

femme  homme

Date de naissance (jj/mm/aa) N° AVS

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

Domicile civil  
(adresse de la commune où vous êtes annoncé-e)

Rue, n° NPA, lieu

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

Domicile civil dans le canton Berne

oui, depuis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (la naissance, sinon indiquer la date)

non

# Informations complémentaires (de la personne à évaluer)

## Adresse pour la correspondance (si différente du domicile civil)

|  |
| --- |

Tél. Courriel

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

Langue

français  allemand autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Appartenance au groupe cible (AI)

Touchez-vous une rente de l’assurance-invalidité ?

Dans l’affirmative, veuillez joindre à la demande une copie de la décision d’octroide larente AI ou de l’allocation pour impotent.

oui  non

Touchez-vous une allocation pour impotent ?  
(assurance-invalidité, accidents ou militaire)

oui  non

# Représentation légale

Dans l‘affirmative, veuillez joindre à la demande une copie de l’acte de nomination.

Une curatelle a-t-elle été établie ?

oui  non

Coordonnées de la curatelle (le cas échéant)

Nom Prénom

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

Rue, n° NPA, lieu

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

Tél. Courriel

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

# Transmission des données personnelles

Par votre signature, vous autorisez l’OPAH à transmettre vos données personnelles au service d’évaluation indépendant IndiBe.

# Signature

Le/la soussigné-e atteste que toutes les données contenues dans le présent formulaire et les annexes sont complètes et exactes.

Lieu, date Lieu, date

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

Signature (de la personne à évaluer) Signature de la curatelle (le cas échéant)

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

Nous vous prions de bien vouloir vérifier si toutes les indications sont complètes et exactes avant d’envoyer le formulaire accompagné des annexes requises à l’adresse mentionnée dans l’en-tête.

**Annexes** (prière de cocher la case qui convient)

copie de la décision d’octroi de la rente AI

copie de la décision d’octroi de l’allocation pour impotent (assurance-invalidité,  
 accidents ou militaire)

copie de l’acte de nomination de curatelle