|  |  |
| --- | --- |
| 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  Projet pilote «modèle bernois»  Rathausgasse 1  3011 Berne |

Déclaration des contributions de tiers

# Coordonnées

Nom Prénom

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

Date de naissance (jj/mm/aa) N° AVS

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

# Prestations perçues (voir bases légales à la page 3)

* **Je touche une allocation pour impotence**  oui ⬜ non ⬜  
  *Dans l’affirmative,*
* pour impotence légère ⬜

moyenne ⬜

lourde ⬜

* allocation versée par  l’AI (assurance-invalidité) ⬜

l’AA (assurance-accidents) ⬜

l’AM (assurance militaire) ⬜

*Dans la négative,* pour quelles raisons n’en touchez-vous pas ?

* Je n’en ai pas fait la demande jusqu’à présent ⬜
* Ma demande est en cours de traitement ⬜
* Ma demande a été rejetée ⬜
* Je ne remplis pas les conditions ⬜
* Autre motif : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ⬜

Veuillez indiquer la date de l’envoi ou du refus de la demande : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Je perçois une contribution d’assistance de l’AI** oui ⬜ non ⬜

*Dans l’affirmative,* prière de joindre une copie de la décision AI.

**Prestations complémentaires**

1. **Prestations complémentaires annuelles**

Je reçois des prestations complémentaires annuellesoui ⬜ non ⬜

1. **Frais non couverts liés à une maladie ou à un handicap**

Je touche des prestations complémentaires pour financer l’aide,  
les soins et l’assistance à domicile ainsi que l’encadrement   
dans une structure de jour oui ⬜ non ⬜

*Dans l’affirmative,* prière de joindre une copie de la décision de la Caisse de compensation.

*Dans la négative,* pour quelles raisons n’en recevez-vous pas ?

* Je n’en ai pas fait la demande jusqu’à présent ⬜
* Ma demande est en cours de traitement ⬜
* Ma demande a été rejetée ⬜
* Je ne remplis pas les conditions ⬜
* Autre motif : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ⬜

Veuillez indiquer la date de l’envoi ou du refus de la demande : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Je reçois un soutien dans le cadre d’une mesure d’intégration ou d’autres mesures professionnelles de l’assurance-invalidité.**

oui ⬜ non ⬜  
*Dans l’affirmative,* prière de joindre une copie de la décision de l’AI.

* **Autres prestations**Recevez-vous d’autres prestations pour financer les coûts liés au handicap ?  
  Préciser :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Signature

Le soussigné/la soussignée atteste que 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)

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

Veuillez vérifier si 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 ce qui convient)

copie de la décision de l’assurance-invalidité (contribution d’assistance)

copie de la (des) décision(s) ou garantie(s) de participation de la Caisse cantonale de compensation (PC)

copie de la décision de l’assurance-invalidité (mesure d’intégration)

Autres

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Actes législatifs déterminants   * Loi fédérale sur l’assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20) * Loi fédérale sur l’assurance-accidents (LAA ; RS 832.20) * Loi fédérale sur l’assurance militaire (LAM ; RS 833.1) * Loi fédérale sur l’assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10) * Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l’AVS et à l’AI (LPC ; RS 831.30) * Ordonnance portant introduction de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l’AVS et à l’AI (Oi LPC ; RSB 841.311)   Sont applicables en particulier les articles suivants (liste non exhaustive) :   * LAI : articles 14 et 42quater * LAA : articles 10 et 26 * LAM : articles 16 et 20 * LAMal : articles 25 et 25a * LPC : articles 4, 9 et 14 * Oi LPC : article 4, articles 15 à 19 |
|
|
|