|  |  |
| --- | --- |
| Rathausgasse 13011 BerneTél. +41 31 633 42 83Fax +41 31 633 40 19www.gef.be.chinfo.alba@gef.be.ch | Direction de la santé publique etde la prévoyance socialedu canton de BerneOffice des personnes âgées et handicapéesProjet pilote «modèle bernois»Rathausgasse 13011 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
 |
|
|
|