



Evaluation des besoins

Aide et tâches d'assistance à domicile par des membres de la famille

Art. 16 / Oi LPC

Données personnelles de la personne assurée

Nom: _____
Prénom: _____
Numéro d'assuré-e: _____
Date de naissance: _____
Adresse: _____

Données personnelles de la personne exécutante

Nom: _____
Prénom: _____
Numéro d'assuré-e: _____
Date de naissance: _____
Adresse: _____

Lien de parenté (fratrie / parents etc.): _____

La fourniture des prestations est assurées dès: _____

Indications au sujet de la perte de gain de la personne exécutante:

Activité lucrative avant le début de l'assistance:

Temps de travail: _____
Revenu par année (y compris le 13^{ème} salaire): _____
(Joindre le certificat de salaire)

Activité lucrative après le début de l'assistance:

Temps de travail: _____
Revenu par année (y compris le 13^{ème} salaire): _____
(Joindre le certificat de salaire)

Allocation pour impotent:

- aucune
- impotence faible
- impotence moyenne
- impotence grave

(Veuillez cocher ce qui convient).

Système d'appel d'urgence disponible

- OUI
- NON

(Veuillez cocher ce qui convient).



Mesures d'assistance	Description des activités exécutées	Temps investi par semaine
Visites de contrôle chez les personnes vivant seules (pour les personnes qui vivent seules et qui ont occasionnellement besoin d'une surveillance et d'un contrôle de faible ampleur)		
Accompagnement lors de promenades à l'extérieur du domicile (pour maintenir la mobilité et favoriser le contact avec le monde extérieur)		
Aide pour le déroulement de mouvements en dehors des séquences thérapeutiques (afin de mettre en pratique les mesures simples qui ont été ordonnées en matière de physiothérapie)		
Autres		

Ce formulaire doit être joint:

- Rapport médical détaillé au sujet d'aide et tâches d'assistance à domicile
- Justificatif de la perte de gain
 - Personnes exerçant une activité lucrative: Certificat de salaire avant et après la réduction de l'activité lucrative
 - Personnes sans activité lucrative: Indications au sujet de la formation professionnelle et du salaire qui serait perçu (copie du certificat de capacité et attestation de l'association professionnelle)
 - Indépendants: Pièce justificative prouvant qu'une personne a été engagée en remplacement
- Evtl. rapport du situation Pro Infirmis / Pro Senectute / médecin

Organe compétent pour recevoir la demande:

Le dossier complet doit être envoyé à l'agence AVS compétente de la commune de domicile.