



Assurance-vieillesse et survivants fédérale (AVS)

Attestation médicale en vue d'apprécier le droit à un forfait AVS pour l'acquisition d'un fauteuil roulant.

Assuré (e): Nom, prénom

Numéro de sécurité sociale (NSS)

Prière de répondre de manière lisible et sans exception à toutes les questions posant l'alternative oui/non.

1. L'atteinte à la santé est imputable à : une maladie un accident
2. L'état de santé : est stationnaire va en s'aggravant va en s'améliorant
3. L'usage d'un fauteuil roulant est : indispensable recommandé
4. Un fauteuil roulant est indiqué pour : le long terme une courte période ou convalescence
- Pour un usage : quotidien fréquent mais irrégulier occasionnel

5. Diagnostic :

6. L'assuré(e) a-t-il/elle besoin de l'aide d'autrui pour se mouvoir en fauteuil roulant ?

- à l'intérieur : oui non
- à l'extérieur : oui non

7. Un équipement spécial du fauteuil roulant est rendu nécessaire en raison des handicaps suivants :

Poids supérieur à 120 kg	Poids : kg	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Taille supérieur à 1,85 m ou inférieure à 1,50 m	Taille : m	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Position assise autonome impossible (p.ex. absence de contrôle du tronc)		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Hémiplégie ou tétraplégie		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Amputation ou contractures		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
• L'assuré(e) présente un risque d'escarres majeur		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
• Un coussin anti-escarres est-il nécessaire ?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

8. Remarques

Date

Cachet et signature du médecin



Assurance-vieillesse et survivants fédérale (AVS)

Demande de forfait de l'AVS pour l'acquisition d'un fauteuil roulant : Standard Spécial

- A présenter à une caisse de compensation ou à l'office AI.
- Prière d'écrire lisiblement et de répondre à toutes les questions !
- Pour les questions posant une alternative, marquer d'une croix ce qui convient.

Identité de l'assuré(e)

Nom de famille

Prénom

(Indiquer tous les prénoms et souligner le prénom usuel)

masculin féminin

Date de Naissance complète

Lieu d'origine

Etat civil Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Séparé(e) Divorcé(e)

Domicile et adresse exacte

Téléphone N°

Le ou la requérant(e) est-il / est-elle au bénéfice de prestations complémentaires de l'AVS ? oui non

Des prestations concernant ce moyen auxiliaire ont-elles été octroyées lors d'une précédente demande ? oui non

Si oui, par qui ?

AI AVS Assurance maladie Assurance accident Assurance militaire

Le fauteuil roulant est : Acheté Remis en leasing Loué

Joindre la copie : d'une facture, d'une quittance, d'un contrat de leasing ou de location.

Nom et adresse du fournisseur :

A-reha sa
Ch. des Planches 1
Case postale 14
1040 Echallens
021/881 13 13

Nom et adresse de votre médecin traitant :

Adresse et numéro de compte sur lequel faire verser le forfait de l'AVS :
(CCP ou Compte bancaire)

Laisser en blanc

(Timbre de l'organe qui reçoit la demande, date ; évtl. Indication de l'organe à qui la demande est transmise)

N° de sécurité sociale (NSS) :

Nom et adresse de la caisse AVS qui verse une rente

Pour l'office AI/AVS

Vérification relative au droit de recours selon les chiffres 2.4 et 2.5

Feuille Annexe-R réclamée

oui non

Visa de la personne qui a procédé à la vérification :

Signature de l'assuré ou de son représentant légal
(Tuteur, Curateur ou membre de la famille)

Date

Annexes

Si l'assuré n'a pas signé lui-même
(Lisiblement : nom, prénom, adresse et titre du représentant)