

**Questionnaire pour la révision de l'allocation spéciale en  
faveur des familles s'occupant d'un mineur handicap à domicile**

AVS :  
NSS :

**1. Identité de l'enfant**

- 1.1 Nom de famille : .....  
Prénoms (souligner le prénom usuel) : .....
- 1.2 Date de naissance : ..... Sexe : F  M
- 1.4 Lieu d'origine ou nationalité : .....
- 1.5 Adresse : (rue, numéro, numéro postal, localité) : .....  
.....
- 1.6 Numéro de téléphone : .....
- 1.7 Début du séjour en Suisse : .....
- 1.8 Existe-t-il une tutelle ? oui  non  une curatelle ? oui  non
- 1.8.1 Si oui, nom et adresse du tuteur ou du curateur : .....  
.....
- 1.8.2 Siège de l'autorité tutélaire : .....

**2. Identité des parents**

- 2.1 *Père*
- 2.1.1 Nom de famille et prénoms : .....
- 2.1.2 Date et lieu de naissance : .....
- 2.1.3 État civil : .....
- 2.1.4 Lieu d'origine ou nationalité :  
Pour les étrangers, type de permis : A  B  C
- 2.1.5 Début du séjour en Suisse : .....
- 2.1.6 Adresse actuelle : .....  
.....
- 2.2 *Mère*
- 2.2.1 Nom de famille et prénoms : .....
- 2.2.2 Date et lieu de naissance : .....
- 2.2.3 État civil : .....
- 2.2.4 Lieu d'origine ou nationalité :  
Pour les étrangers, type de permis : A  B  C
- 2.2.5 Début du séjour en Suisse : .....
- 2.2.6 Adresse actuelle : .....  
.....
- 2.3.1 Si les parents vivent séparés, qui exerce l'autorité parentale ? .....  
(joindre l'extrait du jugement actuel)

**3. Identité des frères et sœurs**

- 3.1 *Vivant au même domicile :*
- Nom et prénoms : ..... Date de naissance : .....
- Nom et prénoms : ..... Date de naissance : .....
- Nom et prénoms : ..... Date de naissance : .....
- 3.2 *à un autre domicile :*

Nom et prénoms : ..... Date de naissance : .....  
3.3 *Votre concubin a-t-il des enfants qui ne vous sont pas communs, qui ont entre 18 et 25 ans, et sont économiquement dépendants de lui (jeune en formation) :*

Nom et prénoms ..... Date de naissance :  
Nom et prénoms : ..... Date de naissance :

#### 4. Scolarité de l'enfant

4.1 Coordonnées de l'école suivie actuellement : .....  
Depuis quand ? .....

Nombre de jours par semaine : ..... en internat  en externat

4.2 Votre enfant passe-t-il des nuits en UAT (Unité d'accueil temporaire) oui  non

4.3 Nombre de nuits par semaine passées en UAT : .....

#### 5. Données médicales concernant l'enfant

5.1 Médecin traitant (nom et adresse) : .....

5.2 Autres intervenants sur le plan médical : .....

#### 5.3 Etat de santé de l'enfant :

L'état de santé de votre enfant s'est-il amélioré  depuis quand ? .....

Aggravé  depuis quand ? .....

ou est-il toujours le même

En quoi consiste cette modification éventuelle ? .....

#### 6. Institutions accordant des services ou des prestations en espèces

6.2 Pro Infirmis intervient-il ? ..... oui  non

Dans la positive, préciser le nom et le numéro de téléphone de l'assistant social

6.3 Autres institutions : (Nom et adresse) .....

#### 7. Activité des parents

7.1 *Activité du père :*

7.1.1 Profession : .....

7.1.2 Employeur : ..... depuis quand ? .....

7.1.3 Horaire de travail ou taux de travail lors de l'engagement : .....

7.1.4 Avez-vous modifié cet horaire pour vous occuper de votre enfant : ..... oui  non

Si oui, but et motif de cette réduction ou interruption de l'activité lucrative et depuis quand ? .....

7.1.5 Si vous n'exercez plus d'activité lucrative, merci de mentionner les activités exercées auparavant en précisant la date de début et de fin de l'activité ainsi que le taux ? .....

7.2 *Activité de la mère :*

7.2.1 Profession : .....

7.2.2 Employeur : ..... depuis quand ? .....

7.2.3 Horaire de travail ou taux de travail lors de l'engagement : .....

7.2.4 Avez vous modifié cet horaire pour vous occuper de l'enfant : ..... oui  non

Si oui, but et motif de cette réduction ou interruption de l'activité lucrative et depuis quand ? .....

.....  
.....  
7.2.5 Si vous n'exercez plus d'activité lucrative, merci de mentionner les activités exercées auparavant  
en précisant la date de début et de fin de l'activité ainsi que le taux ? .....

## 8. Adresse de paiement

N° de compte de chèque postal (CCP) : .....

Nom et prénom du titulaire du compte : .....

Ou

Nom et adresse de la banque : .....

IBAN : CH -        
(19 positions obligatoires)

Nom et prénom du titulaire du compte : (coordonnées exactes) .....

## AUTORISATION ET SIGNATURE

En signant cette formule le/la représentant(e) légal(e) de l'enfant autorise toutes les personnes et tous les offices entrant en considération, en particulier, les médecins, le personnel paramédical, les établissements hospitaliers, les caisses-maladie/accidents, les avocat(e)s, les fiduciaires, les assurances publiques et privées, notamment les organes de l'AVS et de l'AI, les organismes publics, les institutions d'assistance privées et les autorités fiscales, à donner aux organes chargés de l'examen du droit aux allocations spéciales définies ci-dessus les renseignements nécessaires à la détermination du bien-fondé de la demande et du droit aux prestations.

Nous nous réservons le droit de mandater le service Pro Infirmis pour les questions liées à l'activité lucrative des parents (au besoin, un rendez-vous sera fixé avec la famille).

Le/La soussigné(e) autorise également les organes chargés de l'examen du droit à quérir les renseignements nécessaires auprès des personnes et institutions susmentionnées.

Le/La soussigné(e) certifie avoir répondu de manière complète et véridique.

Le/la soussigné(e) est informé(e) que ses données financières, y compris fiscales, figurant dans le système d'information du revenu déterminant unifié (SI RDU), sont utilisées par les autorités concernées. Il/elle autorise le partage des informations nécessaires entre tous les services des administrations chargées d'octroyer les aides

cantonales, ainsi que de l'administration cantonale des impôts, du registre cantonal des personnes, et de la Caisse cantonale de compensation AVS.

Le/la soussigné(e) donne son accord à ce que la Caisse cantonale vaudoise de compensation de l'assurance vieillesse et survivants informe les autorités concernées, par le biais du SI RDU, si oui ou non elle reçoit des prestations complémentaires AVS/AI.

La prestation peut être refusée ou supprimée et le remboursement des sommes indûment touchées exigé si le/la soussigné(e) tait des faits importants, dissimule des pièces utiles ou fait des fausses déclarations. Des sanctions administratives et/ou pénales sont réservées.

Le/la soussigné(e) s'engage à informer les autorités immédiatement de tout changement de domicile et de sa situation financière ou personnelle, et des mêmes changements des autres membres de son unité économique de référence dont il a connaissance. Les autres membres de son unité économique de référence pertinents pour l'AMINH sont : son conjoint, son concubin s'il est parent de l'enfant en situation de handicap, et les enfants majeurs économiquement dépendants du/de la soussigné(e), de son conjoint ou de son concubin s'il est aussi parent de l'enfant en situation de handicap.

Lieu, date : ..... Signature : .....