



Demande mandat d'évaluation pour remise d'un moyen auxiliaire

➔ Veuillez remettre ce formulaire à l'office AI de votre canton de résidence.

Moyen auxiliaire pour

- Communication OMAI 15.02
- Contrôle de l'environnement OMAI 15.05
- Moyens auxiliaires servant au lieu de travail, à la scolarisation ou à la formation OMAI 13.01
- Tourner de pages OMAI 15.04

Prestataire souhaité

Active Communication AG, Sumpfstrasse 28, CH-6312 Steinhausen

Personne assurée

- féminin masculin

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

NPA Localité _____

Numéro d'assuré _____

Date de naissance _____

Téléphone _____

E-Mail _____

- s'abonner à la newsletter

Représentation juridique (préciser au moins une personne)

Nom _____

Prénom _____

Téléphone _____

E-Mail _____

- s'abonner à la newsletter

Je suis :

parent : _____

autre _____

Nom _____

Prénom _____

Téléphone _____

E-Mail _____

- s'abonner à la newsletter

Je suis :

parent : _____

autre _____

Institution

Nom d'institution _____

Personne à contacter _____

Personne à contacter pour fixer les rendez-vous

E-Mail _____

- s'abonner à la newsletter

À remplir uniquement par les patients du CSP (Centre suisse des paraplégiques) :

- stationnaire ambulatoire

Personnes de contacts pour renseignements complémentaires (par ex : Médecin, logopédiste, Tuteur, référent, etc.)

Nom _____ Prénom _____

Fonction _____

Adresse _____

Téléphone _____

NPA Localité _____

E-Mail _____

Nom _____

Prénom _____

Fonction _____

Adresse _____

Téléphone _____

NPA Localité _____

E-Mail _____

Nom _____

Prénom _____

Fonction _____

Adresse _____

Téléphone _____

NPA Localité _____

E-Mail _____

Nom du dernier médecin traitant ou médecin de famille

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

NPA Localité _____

Tableau clinique (si le diagnostic n'est pas clair, veuillez décrire brièvement les principaux symptômes)

- Sclérose latérale amyotrophique (SLA)
- Paralyse cérébrale (PC/IMC)
- Paraplégie
- Autre _____

- Sclérose en plaques (SEP)
- Aphasie
- Tétraplégie

L'assuré a-t-il appris la langue écrite ?

Oui Non

L'assuré peut-il lire ?

Oui Non

Demande détaillée : Pourquoi un moyen auxiliaire est-il requis ?

Comme par exemple une description des difficultés actuelles, les mesures déjà en place, les objectifs (Merci de joindre dans la mesure du possible une copie des rapports et expertises de médecins ou thérapeutes en votre possession)

Par ma signature, je confirme que le rapport d'évaluation ainsi que le rapport final peuvent être transmis aux personnes présentes ainsi qu'aux responsables de l'institution (par exemple, la/le responsable de la CAA).

Signature

Signature de l'assuré ou des parents ou représentation juridique

Lieu et date

➔ Veuillez remettre ce formulaire à l'office AI de votre canton de résidence.

Merci d'envoyer une copie de votre demande à :

Active Communication AG
Sumpfstrasse 28
CH-6312 Steinhausen

office@activecommunication.ch