

Questionnaire

Service de consultation

Nom	Personne de contact (Nom, numéro de téléphone, courriel, év. fonction)

Données client(e)

Initiales	Année de naissance	f / m	Office AI	J'autorise la transmission de mes données au service de récolte des données?

Handicap

<ul style="list-style-type: none">- Malentendant / malvoyant- Handicap physique- Handicap psychique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Remarques:	

Prestations demandées

	oui	Non
- Détection précoce (art. 3a ss. LAI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Intervention précoce (art. 7d ss. LAI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mesures d'intégration (art. 14a ss. LAI)		
• Réadaptation socio-professionnelle, art. 14a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mesures d'occupation, art. 14a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Reclassement Art. 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aide à la recherche d'emploi Art. 18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Allocation d'initiation au travail Art. 18a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aide en capital Art. 18b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Moyens auxiliaires, art. 21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Rentes (art. 28 et art. 31):		
<p>Remarques:</p> <p>(p.ex. une annonce a-t-elle été faite à l'office AI sans l'approbation de la personne concernée? Pourquoi la mesure demandée a-t-elle été refusée?)</p>		

Décision (assurance / tribunal)

	Oui	Non
- Réadaptation socio-professionnelle, art. 14a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mesures d'occupation, art. 14a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Reclassement, art. 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Aide à la recherche d'emploi, art. 18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Allocation d'initiation au travail, art. 18a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Aide en capital, art. 18b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Moyens auxiliaires, art. 21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques:		

Révision

	Oui	Non
- Suppression de la rente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Diminution de la rente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques: (par ex., durée de l'octroi de la rente? Arguments pour la diminution ou la suppression de la rente? L'office AI a-t-il proposé un accompagnement ou toute autre mesure pouvant aider à la réinsertion?):		

Obligations de l'assuré

Est-ce qu'on a reproché à l'assuré de n'avoir pas rempli ses obligations ou d'y avoir dérogé? Si oui, auxquelles?
Quelles sanctions ont été imposées à l'assuré?

Devoirs de l'Office AI

L'Office AI a-t-il invité l'assuré pour un entretien personnel?

Durée de la procédure (par ex. durée écoulée entre l'annonce à l'AI et l'invitation de l'assuré à un entretien, ou entre l'annonce et une décision?)

Autres remarques et observations

Je suis d'accord que les données ci-dessus soient transmises par le service de consultation au service de l'entraide chargé de la récolte des données (CORAASP – Castel 7 – 1920 Martigny). Je prends note que le service de récolte des données me contacte directement s'il veut utiliser mes données.

.....
.....

Lieu,

Date

Prénom, nom