

Demande de prestation complémentaire (PC) à l'AVS/l'AI

I. Identité

Indiquer aussi le nom de jeune fille de l'épouse ou de la veuve Souligner le prénom usuel

Nom de famille _____ Prénoms _____

Date de naissance _____ Jour mois année

Profession _____

Etat civil célibataire* marié(e)* veuf(ve)* divorcé(e)** séparé(e)* de fait séparé(e)* judic.**

Depuis quelle date? _____

Pour les étrangers(ères), pays d'origine _____ Seulement pour les étrangers(ères) (joindre attestation de la police des étrangers)

Lieu d'origine _____ Habite la Suisse depuis le _____

Lieu de domicile _____ Commune politique et canton _____ depuis _____

Adresse _____ Numéro postal, lieu de domicile, rue et numéro, désignation locale précise, home, hôpital

A établir en double exemplaire
A remplir par l'Agence AVS

Dépôt de la demande à l'Agence AVS

Date: _____

No de l'Agence _____

No d'assuré _____

II. Identité du conjoint

(A remplir aussi, si les époux vivent séparés)

Souligner le prénom usuel

Nom de famille _____ Prénoms _____

Date de naissance _____ Jour mois année

Profession _____

Pour les étrangers(ères), pays d'origine _____ Seulement pour les étrangers(ères) (joindre attestation de la Police des étrangers)

Lieu d'origine _____ Habite la Suisse depuis le _____

Lieu de domicile _____ Numéro postal, lieu de domicile, rue et numéro, désignation locale précise, home, hôpital

Adresse _____ Numéro postal, lieu de domicile, rue et numéro, désignation locale précise, home, hôpital

No d'assuré _____

III. Identité des enfants donnant droit à une rente d'orphelin ou à une rente pour enfant

Enfants légitimes de la personne bénéficiaire d'une rente

Nom de famille	Prénoms	Date de naissance			Lieu de domicile
		jour	mois	année	
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Enfants adoptifs, recueillis, du conjoint, de parents divorcés, illégitimes*

Nom de famille	Prénoms	Date de naissance			Lieu de domicile
		jour	mois	année	
_____	_____	_____	_____	_____	_____

No d'assuré _____

IV. Tutelle/curatelle

Une des personnes indiquées est-elle sous tutelle? oui non* ou curatelle? oui non*

Si oui, quelle personne? _____

Siège de l'autorité tutélaire _____ (joindre l'acte de nomination)

Nom et adresse du tuteur/curateur _____

V. Paiement de PC

- Si le paiement de la rente AVS/AI est effectué par la caisse de compensation du canton de Berne: Une éventuelle PC sera versée avec la rente.
- Si le paiement de la rente AVS/AI est effectué par une autre caisse de compensation: Une éventuelle PC est payable à:
 - p Compte bancaire: Nom / Lieu de la banque _____
 - Numéro du compte _____
 - Numéro du CCP _____
 - Paiement par mandat (raisons à joindre par écrit)

VI. Situation économique

(Veuillez consulter le guide)

Chiffres annuels (si rien d'autre indiqué)

Rentier AVS/AI	Conjoint	Enfants
fr.	fr.	fr.
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non*		

1. Dépenses

- 1.2 Primes d'assurance-maladie (joindre certificats d'assurance valables)
 - a) Primes d'assurances de base
 - b) Est-ce qu'il existe des assurances complémentaires? si oui, montant de la prime
- 1.4 Cotisations à l'AVS/AI/APG (seulement pour les non-actifs; actifs voir ch. 3.2f)
- 1.5 Aliments versés en vertu du droit familial
- 1.6 Intérêts hypothécaires**
- 1.7 Dépenses pour l'entretien de bâtiments** (consulter le guide)

- 1.9 Loyer
 - a) Avez-vous votre propre ménage? Si OUI, quelles personnes vivent dans votre ménage?

Nom, prénom	Date de naissance	Profession
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- b) Loyer ou valeur locative (montant net sans frais accessoires; joindre justificatif) (chambre/appartement*)
- c) Supplément pour frais accessoires tels que chauffage, eau chaude, conciergerie, etc. (joindre justificatif)
- d) Le bénéficiaire est-il appelé à chauffer lui-même l'appartement? Si OUI, comment?
- e) Revenu de sous-location (chambres meublées)
- f) Si l'assuré(e) n'a pas de propre ménage, où habite-t-il/elle? (chez des parents ou chez des tiers*)?
 - Nom et adresse _____
 - Prix de pension (logement et nourriture) _____
- g) Une des personnes comprise dans le calcul PC est-elle liée à une chaise roulante?

oui non*

_____ par jour/mois/année*

oui non*

- 1.10 Frais de home
 - Quelles personnes participant à la PC vivent dans un home ou un établ. hospitalier de façon durable? (joindre attestation de taxe journalière du home)

Nom, prénom	Home/établ. hosp.:	Depuis quand?
_____	_____	_____
_____	_____	_____

_____ par jour

_____ par jour

- 1.12 Autres dépenses prouvées (joindre pièces justificatives)

2. Fortune

- 2.1 Dépôts d'épargne, titres, créances, prêts et argent liquide* (joindre pièces justificatives)
- 2.2 Assurance-vie et assurance viagère (valeur de rachat et police d'assurance)
 - Année de conclusion _____ Année d'échéance _____ Somme assurée fr. _____
 - (L'attestation fournie par la compagnie d'assurance devra être jointe à la demande)
- 2.3 Propriété immobilière y compris propriété par étage: (joindre pièce justificative conc. la valeur officielle)
 - a) Immeubles non agricoles
 - b) Immeubles agricoles
- Une des personnes comprise dans le calcul PC habite-t-elle dans l'immeuble?
- 2.4 Bétail, marchandises, matériel d'exploitation* (sans le mobilier de ménage)
- 2.5 Autres biens*** (joindre documents)
- 2.6 Dettes hypothécaires
- 2.7 Autres dettes prouvées (joindre pièces justificatives)

oui non*

*Souligner ce qui convient

** Dans la mesure où il ne s'agit pas de frais compris comme frais d'obtention au chiffre 3.2 c

*** Par ex. successions non partagées, avoir de la Fondation de prévoyance (3e pilier / Fondation de libre passage)

VIII. Frais de maladie et d'invalidité

Les frais suivants peuvent, dans la mesure des dispositions légales, être remboursés séparément, autant qu'ils ne sont pas pris en charge en vertu de dispositions régissant d'autres assurances, notamment l'assurance-maladie, accidents ou invalidité:

- Participations des assurés pour les prestations de caisse-maladie dans l'assurance obligatoire des soins
- médecin-dentiste - aide, soins et tâches d'assistance à domicile ou dans les structures de jour
- moyens auxiliaires - transports au lieu de traitement médical le plus proche

Tous les justificatifs, tels que décomptes de caisse-maladie, factures originales, ordonnances médicales, etc. sont à présenter trimestriellement à l'Agence AVS. Un remboursement est exclu, si la présentation à l'Agence AVS n'est pas effectuée au cours des **15 mois** dès la date de la facture.

IX. Procuration

Avec la signature de cette formule, toutes les personnes et offices entrant en considération, en particulier les médecins, le personnel paramédical, les établissements hospitaliers, les homes et les caisses-maladie sont autorisés à donner à la CCB et à l'Agence AVS compétente tous les renseignements nécessaires à l'examen du droit aux prestations complémentaires et de soumettre les dossiers nécessaires. Les autorités de taxation sont déliées du secret fiscal et expressément autorisées et chargées de remettre sur demande aux organes mentionnés ci-dessus les dossiers fiscaux originaux et complets.

X. Intégralité des indications

Le soussigné (ou la soussignée) atteste que les indications ci-dessus sont complètes et véridiques et qu'il ne dispose d'aucun autre revenu et d'aucune autre fortune. Il sait qu'il sera **puni** s'il fait des déclarations incomplètes et inexactes de façon à obtenir ou à tenter d'obtenir, pour lui-même ou pour autrui, une prestation complémentaire à laquelle il n'a pas droit et qu'il sera tenu de **restituer** les montants perçus indûment.

XI. Obligation d'annoncer

Le soussigné/la soussignée prend note que tout changement dans ses conditions personnelles et économiques doit être communiqué, immédiatement et sans attendre d'y être invité, à l'Agence AVS.

Lieu et date:

Signature de la personne qui demande la PC ou du/de la représentant(e) légal(e)
(parent/tuteur/curateur/autorité)*

Nom et prénom

Adresse du/de la représentant(e) de la personne si il/elle a signé lui-même/elle-même

XII. Rapport de l'Agence AVS

1. Les indications personnelles de la page 1 ont été vérifiées sur la base de _____

2. Les déclarations faites sont-elles conformes selon vos constatations à la situation réelle? OUI /NON*

Si NON, en donner les raisons et compléter les indications:

3. Le requérant PC, resp. la requérante est-il(elle) taxé(e) fiscalement pour l'année passée:

a) pour le revenu oui non* | si OUI, taxation fr. _____

b) pour la fortune oui non* | si OUI, taxation fr. _____

4. Indications complémentaires ou rectificatives:

Date de l'envoi à la CCB:

Timbre et signature de l'Agence AVS:

Doivent être joints à la demande

- Coupons postaux, évent. décision de rente ou autres pièces justificatives mentionnées

- Feuille de calcul remplie

*Souligner ce qui convient