|  |
| --- |
| AUTORISATIONLe·la soussigné·e autorise l’office AI du canton de Vaud à communiquer tous renseignements concernant le droit éventuel à une allocation pour impotent à **l’établissement suivant**(timbre ou désignation et adresse complète de l’EMS ou du CMS) **:**  …………………………………………………………………………………………………………...……………………………..……………..…..……………………………………………………………………………………………………………...…………………………..………...…………… Le·la soussigné·e demande à la Caisse de compensation de communiquer copie de la décision à l’établissement précité.* **Nom et prénom de l’assuré·e** : ………………………………………………………………………...…………………..……………

- **No de sécurité sociale (NSS) ou date de naissance** : …………………………………………………...………..……………- **Domicile précédent** : …………………………………...………………………………………………………………………….…………..- **Date d’entrée dans l’établissement** : ………………………  court séjour long séjourSignature de l’assuré·e ou du représentant légal : (**tuteur, curateur ou membre de la famille** et dans ce cas, précisez les  **nom, prénom, titre ou degré de parenté et adresse exacte du représentant**).……………………………………………………………………………………………………………………...………………..………………………...……………………………………………………………………………………………………………………...……………………..…………………...……………………………………………………………………………………………………………………...…………………………..……………...Lieu et date : …………………………….……………………..……………. Signature : ………………………..……………..……………… |

|  |
| --- |
| REPONSE DE L’OFFICE AI POUR LE CANTON DE VAUD 🞎 Une demande du : …………………………….………………………. est actuellement à l’étude. 🞎 Un prononcé de l’office AI vient d’être adressé à la Caisse AVS. **L’assuré·e a droit à une allocation pour impotence :** 🞎 de degré **faible** dès le : ……………………..………….…….……………. 🞎 de degré **moyen** dès le : ……………………………..….…….……………. 🞎 de degré **grave** dès le : ……………………………..….…….……………. 🞎 La caisse de compensation compétente est la caisse AVS No : ………...………….…. **L’assuré·e n’est pas bénéficiaire d’une allocation pour impotence :**🞎 il·elle a reçu une décision de refus le : ……………………………………………….…………….* à notre connaissance, aucune demande n’a été déposée à ce jour.

Les formules officielles : « demandes » et « mémentos » concernant les allocations pour impotents AVS/AI, peuvent être téléchargées sur le site : **www.aivd.ch** Date : …………………………….…….…………………. Timbre / signature de l’OAI: …………………………………….…….……………. |