Assurance-invalidité fédérale (AI)

Numéro d’assuré

#### Questionnaire pour la révision de la rente

 Date de la remise

 de ce questionnaire :

|  |  |
| --- | --- |
| Assuré :   | Office AI :Office de l’assurance-invaliditépour le canton de VaudAvenue Général-Guisan 81800 Vevey |

🞏 Pour les questions posant une alternative

marquer d’une croix ce qui convient 🞏

Pour tous renseignements : Tél.

1. **Situation personnelle**

 **1.1 Quel est votre état civil actuel :** Célibataire 🞏

|  |
| --- |
|  |
| 0019605261616043 |

 Marié 🞏 depuis quand ? …………………

 Partenaire enregistré 🞏depuis quand ? …………………

 Séparé 🞏 depuis quand ? …………………

 Divorcé 🞏 depuis quand ? …………………

 Veuf/veuve 🞏 depuis quand ? …………………

* 1. **Quelles sont vos coordonnées :**

 Téléphone fixe : ……………………………………………….

 Téléphone portable : ……………………………………………….

 Adresse électronique : ……………………………………………….

 **1.3 Avez-vous des enfants à charge ?** 🞏 oui 🞏 non

 **si oui, merci de compléter :**

Nom/Prénom : ……………………………………………………………… Age : …………………………

Nom/Prénom : ……………………………………………………………… Age : …………………………

Nom/Prénom : ……………………………………………………………… Age : …………………………

1. **Activités**

 **2.1 Êtes-vous :** salarié 🞏 indépendant 🞏

 À quel taux ? …………%

 sans activité lucrative 🞏 → ***passer au point 2.9***

 **2.2** Depuis l’octroi de la rente / depuis la dernière révision, avez-vous fait l’objet d’un changement professionnel? oui 🞏 non 🞏

 Si oui, en quoi consiste ce changement ? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 **2.3** Veuillez préciser l’adresse de vos employeurs, y compris celle de vos activités accessoires :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 **2.4** Nous autorisez-vous à demander des renseignements à ces employeurs ?

 oui 🞏 non 🞏

 **2.5** Pour les indépendants, quel a été votre revenu durant les trois dernières années ?

 (Veuillez joindre les pièces comptables à ce questionnaire) :

 20…. → Fr. ………… 20…. → Fr. …………… 20…. → Fr. ……………

**2.6** Auprès de quelle institution de prévoyance professionnelle du 2e pilier (caisse de pension) êtes-vous actuellement affilié ? Nom et adresse de l’institut de prévoyance (caisse de pension) :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 **2.7** Depuis l’octroi de la rente / depuis la dernière révision, avez-vous eu des absences de travail pour cause de maladie ou d’accident ? oui 🞏 non 🞏

 Si oui, merci de préciser les périodes et le degré de l’incapacité de travail et le nom du médecin qui les atteste :

 du ………………………. au ……………….……..- …..% par le Dr ……………….……..……………….……..

 du………………………. au ……………….………- …..% par le Dr ……………….……..……………….……..

 du………………………. au ……………….………- …..% par le Dr ……………….……..……………….……..

 **2.8** Depuis l’octroi de la rente ou la dernière révision, avez-vous modifié votre taux d’activité ?

 🞏 oui 🞏 non

 Si oui, pouvez-vous nous décrire cette modification ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

**2.9** Touchez-vous également des prestations d’autres assurances sociales ?

 🞏 oui 🞏 non

 Si oui, prière de nous indiquer le nom et l’adresse

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**2.10** Avez-vous d’autres sources de revenus (pension alimentaire, rentes, etc.) ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Etat de santé**
	1. Comment évaluez-vous votre état de santé : Aggravé 🞏 🞏 🞏 🞏 🞏 Amélioré
	2. En quoi consiste cette modification éventuelle ?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. Depuis quand date cette modification ? (date) ………………………………………………………
	2. Êtes-vous actuellement en traitement ou sous contrôle médical ? *(Indiquer l’adresse complète des médecins de famille, spécialistes et établissements hospitaliers ainsi que le service concerné)*

Si oui, auprès de qui : Dernier contrôle le : Fréquence du suivi

 ………………………………………………………………… ……………………… ………………………

………………………………………………………………… ……………………… ………………………

………………………………………………………………. ……………………… ………………………

Si non, auprès de qui étiez-vous en traitement ou sous contrôle médical en dernier lieu ?

……………………………………………………………………………………………………………………

* 1. Comment évaluez-vous :

*Placer une croix dans la case en fonction de votre évaluation*

Votre sommeil satisfaisant 🞏 🞏 🞏 🞏 insatisfaisant

Votre mémoire satisfaisante 🞏 🞏 🞏 🞏 insatisfaisante

Votre concentration satisfaisante 🞏 🞏 🞏 🞏 insatisfaisante

Votre résistance physique satisfaisante 🞏 🞏 🞏 🞏 insatisfaisante

Le maintien de la position assise facilement 🞏 🞏 🞏 🞏 difficilement

Le maintien de la position debout facilement 🞏 🞏 🞏 🞏 difficilement

Votre capacité à effectuer des travaux fins avec les mains facilement 🞏 🞏 🞏 🞏 difficilement

Etes-vous capable d’utiliser les transports publics oui 🞏 🞏 non

1. **Intérêts**

**4.1** Exercez-vous une activité bénévole ? oui 🞏 non🞏

 Si oui, merci de décrire le type d’activité et sa fréquence ? ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Pour quelle organisation, structure ou personne ? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**4.2** Avez-vous effectué des cours ou formations depuis l’octroi de votre rente ?

 oui 🞏 non🞏 Si oui, lesquels ? ............................................................................................................................................................................................................................................................................................

 Quels domaines ou projets suscitent votre intérêt ?

..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**4.3** Si votre atteinte à la santé vous le permettait, quel type d’activité professionnelle désireriez-vous exercer aujourd’hui ? ………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………

 **4.4** Quels loisirs ou hobbys avez-vous plaisir à exercer ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Remarques**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Annexes : …………………………………………………………………….

**Lieu et date** ……………………………………………………… **Signature**………………………………………