Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral des finances DFF

Centrale de compensation CdC
Office de l'Assurance-invalidité
pour les assurés résidant à l'étranger OAIE

QUESTIONNAIRE À L'ASSURÉ(E)

À retourner à l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger
Av. Edmond-Vaucher 18, Case postale 3100, CH-1211 Genève 2
Fax +41 58 461 99 50, E-Courriel : oaie@zas.admin.ch

Nom :	Né(e) le :
Notre réf. :	

Remarque importante :

Ce questionnaire doit être rempli d'une manière complète et précise en caractères d'imprimerie, daté et signé (page 13).

Numéro de téléphone de l'assuré(e): _____

Courriel : _____

A. INDICATIONS CONCERNANT L'ATTEINTE À LA SANTÉ

1. Indications concernant l'atteinte à la santé

a) Nom et adresse du médecin traitant actuel :

b) Auprès de quel autre médecin avez-vous été traité(e) en dernier lieu (nom et adresse **complète** du médecin ou de l'établissement hospitalier) ?

Durant quelles périodes ?

Pour quelles affections ?

c) Auprès de quel autre médecin avez-vous été traité(e) antérieurement (nom et adresse **complète** du médecin ou de l'établissement hospitalier) ?

Durant quelles périodes ?

Pour quelles affections ?

B. SITUATION PROFESSIONNELLE ET ÉCONOMIQUE

2. Écoles, études, profession(s) apprise(s)

a) Genre/niveau de formation (de base, études, apprentissage, formation accélérée dans l'exploitation, etc.) :

b) Nom et adresse de l'école ou du maître d'apprentissage :

c) Durant quelle période ?

d) Certificat (certificat de capacité, diplôme, etc.) :

3. Situation professionnelle avant l'atteinte à la santé :

- ☐ Activité lucrative salariée ou indépendante à plein temps
- ☐ Activité lucrative salariée ou indépendante à temps partiel
- ☐ Pas d'activité lucrative
- ☐ Autres : _____

4. Si vous avez cessé votre activité professionnelle pour des raisons de santé :

Quelle activité salariée ou indépendante avez-vous exercée avant le dépôt de la demande ?

a) Description détaillée de la dernière activité exercée (domaine d'activité, position de travail assise/debout/alternée, port de charge) :

b) Périodes de travail

c) Quel était en dernier lieu votre horaire de travail hebdomadaire ? _____

d) Quel était en dernier lieu votre gain brut mensuel ? _____

e) S'il s'agit d'une activité salariée, indiquez le nom et l'adresse (rue, numéro, numéro postal, localité) de votre employeur :

f) Si la dernière activité a été exercée en Suisse, auprès de quelle institution suisse de prévoyance professionnelle du 2e pilier (caisse de pension) étiez-vous assuré(e) lors du début de votre incapacité de travail ou quelle est la dernière institution suisse de prévoyance à laquelle vous avez été affilié(e) ? Nom et adresse de l'institution suisse de prévoyance (caisse de pension) :

5. Si vous exercez toujours une activité professionnelle comme salarié(e) ou indépendant(e) :

a) Description détaillée de la dernière activité exercée (domaine d'activité, position de travail assise/debout/alternée, port de charge) :

b) Quel est votre horaire de travail hebdomadaire ? _____

c) Quel est votre gain brut mensuel ? _____

d) Depuis quelle date ?

e) Nom et adresse (rue, numéro, numéro postal, localité) de votre employeur :

6. Si vous avez dû réduire/augmenter le taux de votre activité professionnelle :

a) Pour quel motif (santé, choix économique, loisirs, autre) ?

b) Depuis quelle date ? _____

c) Quel est votre horaire hebdomadaire ? _____

d) Quel est votre gain brut mensuel ? _____

e) Avant la réduction/augmentation, quel était votre horaire hebdomadaire ? _____

f) Avant la réduction/augmentation, quel était votre gain brut mensuel ? _____

7. Si vous avez interrompu votre activité professionnelle :

a) Durant quelles périodes ?

b) Pour quel motif ?

8. Si vous exercez une activité accessoire :

a) Quelle activité :

b) Depuis quelle date ? _____

c) Quel est votre horaire hebdomadaire ? _____

d) Quel est votre gain brut mensuel ? _____

e) Nom et adresse (rue, numéro, numéro postal, localité) de votre employeur :

9. Si vous ne travaillez pas par choix personnel :

a) Activité actuelle (ménage, études, enfants, loisirs, etc.) :

b) Depuis quelle date ? _____

c) Pour quel motif ?

10. En bonne santé, exerceriez-vous aujourd'hui une activité professionnelle ?

a) Si non, pour quels motifs ?

b) Si oui, quelle activité ?

c) Pour quel motif (financier, intérêt personnel, autre) ?

d) Depuis quelle date ? _____

e) À quel pourcentage ? _____ %

11. Avez-vous effectué des recherches d'emploi ?

a) Si non, pour quels motifs ?

b) Si oui, quelle activité ?

c) Pour quel motif (financier, intérêt personnel, autre) ?

d) Depuis quelle date ? _____

e) A quel pourcentage ? _____ %

f) Auprès de quels employeurs ?

12. Avez-vous touché des indemnités de chômage :

a) Complet
Durant quelle période ?

b) Partiel
Durant quelle période ?

Combien d'heures ?
par jour : par mois :

Nom et adresse de la caisse d'assurance-chômage qui verse ou qui a versé des indemnités de chômage:

13. Suivez-vous une formation professionnelle ?

a) Laquelle ?

b) À quel pourcentage ?

14. Situation financière globale du ménage :

Revenus	Devise	Montant (par mois)	Remarques
Salaire	.....	……	…….....……
Salaire du conjoint/partenaire	.....	……	……..….....……
Pension(s) alimentaire(s)	.....	……	……..….....……
Total des Rentes	.....	……	…….....……
Aide sociale	.....	……	…….....……
Autres revenus	.....	……	…….....……

Dépenses :

Loyer	.....	……	…….....……
Hypothèques	.....	……	…….....……
Dettes	.....	……	…….....……
Pension alimentaire	.....	……	…….....……
Autres dépenses	.....	……	…….....……

15. Description du déroulement habituel d'une journée <u>avant</u> l'atteinte à la santé :

16. Description du déroulement habituel d'une journée <u>après</u> l'atteinte à la santé :

C. SITUATION PERSONNELLE

17. Composition du ménage

Nombre total de personne(s) composant le ménage : _____

Adultes (nombre et âges respectifs) : _____

Enfants (nombre et âges respectifs): _____

Personnes ayant besoin de soins de manière permanente (nombre et âges respectifs) :

_____

Taux d'activité professionnelle du conjoint/partenaire : _____

Est-ce que votre conjoint/partenaire a dû diminuer son temps de travail pour vous aider en raison de votre atteinte à la santé? : _____

Si oui, depuis quelle date et de combien a-t-il/elle diminué son activité (en %) ?_____

Si vous exerciez une activité lucrative salariée ou indépendante à plein temps (voir question 3) passez directement au point 20. Sinon merci de remplir la partie D ci-dessous.

D. MENAGE

18. Type d'habitation :

☐ Maison individuelle ☐ Ferme nombre d'étages _____

☐ Appartement étage _____ ascenseur : ☐ oui ☐ non

Nombre de pièces : _____ m^2 : _____

☐ Jardin m^2 _____ ☐ fleurs
☐ potager
☐ arbres fruitiers
☐ autres : _____

Sols : ☐ parquet ☐ carrelage ☐ tapis ☐ autre _____

19. Equipement :

☐ Machine à laver le linge

☐ Séchoir à linge

☐ Machine à laver la vaisselle

☐ Congélateur

☐ Four à micro-ondes

☐ Aspirateur

☐ Machine à coudre

Disposez-vous d'un moyen de transport ? ☐ non ☐ oui, lequel _____

Distance des commerces : _____ km

Explications concernant les 2 tabelles des activités dans le ménage :

- Pour chaque rubrique, indiquer le temps moyen par semaine consacré avant l'atteinte à la santé et actuellement.
- Le temps consacré par l'assuré(e) et autres personnes faisant partie du même ménage selon point 17 ci-dessus doivent être indiqués dans la tabelle 1.
- Le temps consacré avant l'atteinte à la santé et/ou actuellement par d'éventuelles personnes **extérieures** au ménage doit être indiqué dans la tabelle 2 ci-dessous pour autant qu'il s'agisse d'une aide régulière.
- Le cas échéant prenez 1-2 semaine pour relever le temps consacré aux différentes tâches afin de remplir plus facilement les tabelles.

Tabelle 1 : Assuré(e) et personnes du même ménage selon point 17.	**AVANT** l'atteinte à la santé – **Dans le passé**			**APRÈS** l'atteinte à la santé – **Situation actuelle**		
Tâches	**Temps consacré**	Temps consacré par les autres personnes du ménage		**Temps consacré**	Temps consacré par les autres personnes du ménage	
			Qui aide ? :			Qui aide ? :
Alimentation Planification des repas Préparer des légumes Cuisiner/Cuire (debout devant la cuisinière) Mettre/Débarrasser la table Laver la vaisselle à la main Chargement/Déchargement du lave-vaisselle Ranger la vaisselle Nettoyage quotidien (surface de travail, cuisinière, table)	_____**H./sem.**	_____H./sem.	_____	_____**H./sem.**	_____H./sem.	_____
Entretien du logement **Nettoyage quotidien:** Rangement quotidien/dépoussiérage/aérer Nettoyage quotidien des sanitaires (salle de bain) Faire les lits Déchets/Recyclage **Nettoyage en profondeur (incl. fenêtres, portes)**	_____**H./sem.**	_____H./sem.	_____	_____**H./sem.**	_____H./sem.	_____
Achats Préparation (vérification des stocks, les listes de courses) Courses quotidiens (produits frais, besoins quotidiens) Achat en gros (pour les choses lourdes) Administration (courrier, paiement) Se déplacer à des offices, la poste, la banque, le médecin, etc.	_____**H./sem.**	_____H./sem.	_____	_____**H./sem.**	_____H./sem.	_____
Lessive et entretien des vêtements Lavage (tri, transport, démarrage de la machine) Raccrochez et retirez le linge Repassage, pliage, ranger les vêtements Nettoyage des chaussures Petites réparations	_____**H./sem.**	_____H./sem.	_____	_____**H./sem.**	_____H./sem.	_____

Tabelle 1 (suite)	**AVANT** l'atteinte à la santé – **Dans le passé**			**APRÈS** l'atteinte à la santé – **Situation actuelle**		
Tâches	**Temps consacré**	Temps consacré par les autres personnes du ménage		**Temps consacré**	Temps consacré par les autres personnes du ménage	
Soins et assistance aux proches ***Généralement au maximum 30 H./sem.*** **Enfants:** Petits enfants (soulever, changer les couches) Instruire, surveiller et contrôler les enfants Jouer, faire de l'artisanat, raconter des histoires Activités de loisirs (excursions, parc, cinéma, piscine) Conversations Aide aux devoirs Aide pendant l'apprentissage Discussions avec les parents à l'école/apprentissage Evénements des enfants Accompagnement/services de conduite (médecin, dentiste) **Adultes ayant besoin de soins:** Soins (tâches de la vie quotidienne) Accompagnement/services de conduite (médecin, dentiste) Administration (courrier, paiement) Conversations	_____**H./sem.**	_____H./sem.	Qui aide ? : _____	_____**H./sem.**	_____H./sem.	Qui aide ? : _____
Entretien des extérieurs et du jardin : Entretien des plantes/pelouse de la maison et du balcon Nettoyage et entretien de l'environnement **Animaux :** Nourrir, nettoyer, aller chez le vétérinaire Nombre: _____ Type(s):_____	_____**H./sem.**	_____H./sem.	_____	_____**H./sem.**	_____H./sem.	_____
Loisirs : _____	_____**H./sem.**			_____**H./sem.**		

Tabelle 2 : Aide au ménage régulière de personnes extérieures ne vivant pas avec la personne assurée (employé(e) de ménage, aide à domicile, jardinier, voisins, connaissances, etc.)

Tâches (pour le détail des rubriques voir tabelle 1)	**AVANT** l'atteinte à la santé – **Dans le passé**	**APRÈS** l'atteinte à la santé – **Situation actuelle**
Alimentation	**_____H./sem.**	**_____H./sem.**
Entretien du logement	**_____H./sem.**	**_____H./sem.**
Achats	**_____H./sem.**	**_____H./sem.**
Lessive et entretien des vêtements	**_____H./sem.**	**_____H./sem.**
Soins et assistance aux proches	**_____H./sem.**	**_____H./sem.**
Entretien des extérieur et du jardin, soins aux animaux	**_____H./sem.**	**_____H./sem.**

20. Observations :

Nom,Prénom:	Né(e) le:
Notre réf. :	

Autorisation :

En signant ce questionnaire, l'assuré(e) autorise toutes les personnes et tous les offices entrant en considération en particulier les médecins, le personnel paramédical, les établissements hospitaliers, les caisses de maladie, les employeurs, les avocat(e)s, les fiduciaires, les assurances publiques et privées, les organismes publics ainsi que les institutions d'assistance privées, à donner aux organes de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité les renseignements et les documents nécessaires à l'examen du bien-fondé de la demande et de l'octroi de prestations, ainsi que ceux visant à l'exercice par l'assurance du droit de recours contre les tiers responsables contre lesquels l'assuré(e) peut faire valoir des prétentions en dommage-intérêts ensuite du préjudice subi.

Le (La) soussigné(e) déclare avoir répondu de façon complète et véridique aux questions ci-dessus. Les prestations accordées sur la base d'informations ou de déclarations inexactes devront être restituées.

Lieu et date : Signature :