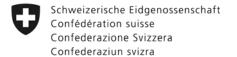


## QUESTIONNAIRE POUR AGRICULTEUR INDEPENDANT

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

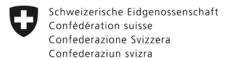
No	om :	Né(e) le :
Notre réf. :		
Rei	marque importante :	
Ce questionnaire doit être rempli de manière complète et précise en caractères d'imprimerie, daté et signé.		iplète et précise en caractères d'imprimerie, daté et
DE	SCRIPTION DE L'ACTIVITE INDEPENDANT	E AVANT L'ATTEINTE A LA SANTE
1.	Depuis quelle date exercez-vous l'activité d'a	griculteur indépendant (jj.mm.aaaa) ?
2.	Qui dirige actuellement cette exploitation?	
3.	Surface totale du terrain utilisé aux fins de l'e	xploitation agricole (en propriété ou en bail), en <b>m²</b> :
<u>dor</u>	herbage – pâturage : m²     labourage : m²     arboriculture, y compris noix, olives et au Veuillez préciser le type de culture : reculture de légumes /céréales : reculture de légumes /céréales : reculture culture : m²     veuillez préciser le type de culture : m²     Veuillez préciser le type de culture : m²	m <sup>2</sup>
	<ul> <li>vignoble : m²</li> <li>forêt : m²</li> </ul>	



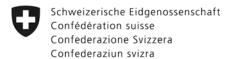
Centrale de compensation CdC Office de l'Assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger OAIE

Nombre d'animaux	
• bovins :	• chèvres :
• moutons :	• porcs :
• poules :	• autres :
Machines agricoles	
Genre :	Quantité :
Valeur actuelle de toutes les machines	
Description exacte de l'activité exercée a	vant votre atteinte à la santé :
Prière de remplir le point 15 du question	onnaire
a) Quel était votre horaire de travail <b>avant v</b> o	
par jour :	par semaine :
pai joui .	pai semaine .
b) Quel était le revenu net de l'exploitation a	vant votre atteinte à la santé :
Année	Montant
Prière de joindre les déclarations	ou taxations fiscales des trois dernières années
avant votre atteinte à la santé	

4.

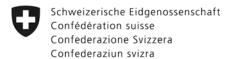


5.	<ul> <li>A l'exception de vous-même, combien de personnes étaient occupées dans l'exploitation avant votre atteinte à la santé ?</li> </ul>		
	Ме	mbres de la famille :	
	Em	ployés :	
		ur quelle période / saison ? (jj.mm.aaaa) au (jj.mm.aaaa)	
	Сог	mbien d'heures par semaine ?	
6.	Jusqu'à quelle date étiez-vous en mesure de travailler à plein temps sans aucune restriction (jj.mm.aaaa)?		
	MIN	UTION / CESSATION DE L'ACTIVITE INDEPENDANTE APRES VOTRE ATTEINTE A LA	
7.	. En raison de votre atteinte à la santé :		
	a)	Avez-vous cessé certaines activités de votre exploitation ?	
		Si oui, lesquelles ?	
	b)	Les membres de votre famille ont-ils augmenté leur collaboration?  oui non	
		Si oui, quels membres de la famille et pour quelles activités ?	

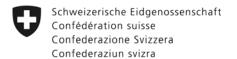


Département fédéral des finances DFF

	c) Avez-vous engagé du personnel salarié ?		
	oui, combien :	non	
	Pour quelle période/ durée ? Du (jj.mm.aaaa)	1	au (jj.mm.aaaa)
	Combien d'heures par semaine ?	)	
	Salaire	Char	ges sociales
8.	Revenu net de l'exploitation après l'at		<b>·é</b> :
	Année	Montant	
	votre atteinte à la santé	u taxations fisc	ales des trois dernières années <u>après</u>
9.	Quels travaux pouvez-vous encore eff	fectuer personne	ellement?
	Combien d'heures par jour ?		
10.	Quels travaux ne pouvez-vous plus ac	ccomplir en raiso	on de votre atteinte à la santé ?

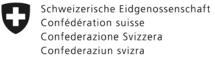


11.	Avez-vous cessé d ☐ oui	léfinitivement votre activité?	
	Si oui, à quelle dat	e (jj.mm.aaa) ?	
AC	TIVITE ACCESSOI	RE	
	Activité lucrative su Genre de l'activité a	pplémentaire en dehors de l'exp accessoire :	loitation agricole
	☐ À votre compte		☐ En qualité d'employé auprès de :
	Description exacte	de l'activité exercée :	
	Pour quelle période Du (jj.mm.aaaa)	/ saison ?	au (jj.mm.aaaa)
	Combien d'heures բ	oar semaine / mois / année ?	
	Revenu mensuel / a	annuel moyen relatif à cette activ	ité accessoire :
	Pour quelles raison	s avez-vous abandonné votre ac	ctivité accessoire ?



13. Etes-vous au bénéfice d'une rente d'invalidité de la sécurité sociale de votre pays de domicile ?				
	Oui	☐ Non		
Si	Si oui, depuis quand ?			
Pr	ière de joindre ı	une copie de la décision		
<b>14.</b> R	emarques compl	émentaires :		
Le (La	a) soussigné(e) c	déclare avoir répondu de façon complète	e et véridique aux questions ci-dessus.	
Li	eu et date :		Signature :	





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

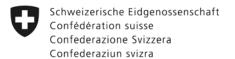
h

## 15. QUESTIONS COMPLÉMENTAIRES : DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ INDIVIDUELLE

Les informations que vous nous donnez dans ce questionnaire sont extrêmement importantes. En effet, elles permettent à notre service médical de traiter de manière optimale votre demande.

Pour les questions suivantes, nous vous rendons attentifs au fait que les tâches principales, les exigences et les charges nécessaires pour effectuer votre activité doivent être indiquées avec exactitude.

Quelles tâches font/faisaient partie de votre poste de travail/ de votre cahier des charges/ de l'activité exercée	A quelle fréquence par jour ces tâches doivent- elles être effectuées? (sur une base de 8 h/jour)			
	jusqu'à env. ½ h rarement	½h jusqu'à env. 3h parfois	n 3h jusqu'à 5½ souvent	
A quelles exigences/charges physiques et intellectuelles êtes/étiez-vous confronté(e) ?	A quelle fréquen elles être effectu	ce par jour ces tâc lées? (sur une base	hes doivent- e de 8 h/jour)	
Physiques	jusqu'à env. ½ h rarement	½h jusqu'à env. 3h parfois	3h jusqu'à 5¼ h souvent	
être assis				
marcher				
rester debout				
soulever ou porter (léger: 0–10 kg)				
soulever ou porter (moyen: 10–25 kg)				
soulever ou porter (lourd: plus de 25 kg)				
autres				
Intellectuelles concentration/attention	Les exigences/c grandes	harges journalières moyennes	s sont faibles	
endurance				
soin				
faculté d'interprétation				
autres				



Autres exigences ou charges:  Prière de nous indiquer toute information complémentaire qui pourrait nous donner une image réaliste de l'activité exercée