|  |
| --- |
| AUTORISATION Le·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 séjour  Signature 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: …………………………………….…….……………. |