|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Office de l’assurance-invalidité Impasse de la Colline 1, Case postale, 1762 Givisiez |  |  |
| Nom et adresse du médecin |  | **Numéro AVS :**  **Demande du**  **Réf :**  **T**  **V/réf.** |
| Givisiez, |  |  |

**Nom, prénom de l’assuré(e) :**

**Né(e) le**

**Allocation pour impotent de degré faible chez la personne gravement handicapée de la vue**

**Conditions** (Extrait de la circulaire concernant et l’impotence de l’assurance-invalidité CSI chiffres marginaux 3013 et 3014 :

Les personnes avec une acuité visuelle de moins de 0,05 sont considérées comme aveugles, même lorsqu’il reste une vue résiduelle ou une perception lumineuse.

On admet qu’il y a un grave handicap de la vue lorsque l’assuré présente une acuité visuelle à distance corrigée bilatéralement de moins de 0,2 ou une limitation bilatérale du champ visuel à 10 degrés à partir du centre (20 degrés de diamètre horizontal ; mesure du champ visuel : isoptère III/4 sur le périmètre de Goldman). S’il existe à la fois une diminution de l’acuité visuelle et une limitation du champ visuel sans que les valeurs limites soient atteintes, on admettra tout de même une grave faiblesse de la vue lorsqu’elle entraîne les mêmes effets qu’une diminution de l’acuité visuelle ou une limitation du champ visuel dans les limites mentionnées. Cela vaut également pour d’autres atteintes du champ visuel (par ex. pertes sectorielles ou en croissant, hémianopsies, scotome central).

Formulaire à remplir et à renvoyer à l'Office AI.

La personne assurée souffre-t-elle d’une grave faiblesse de la vue selon la définition citée ?

o oui o non

Si oui, en raison de (veuillez communiquer l’indication détaillée des valeurs)

Si oui, depuis quand ? Mois et année :

Cette grave faiblesse de la vue doit-elle être considérée comme une limitation restante ou peut-elle être améliorée par des mesures médicales (p. ex. une opération), afin que les exigences relatives à la déficience visuelle grave, telles que définies ci-dessus, ne sont plus remplies ?

o oui o non

Si oui, veuillez expliquer

Lieu et date :       Timbre et signature du médecin :