ECAS
KSVA

Caisse de compensation
Ausgleichskasse
Fribourg – Freiburg

Impasse de la Colline 1, 1762 Givisiez
T +41 26 426 73 00 — www.ecasfr.ch

Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (PC)

Demande

Informations importantes

- Toutes les rubriques doivent être complétées (éventuellement avec « non ») et les justificatifs doivent être joints. A défaut, le dossier sera retourné.
- La formule de demande doit être complétée, signée et adressée, avec les justificatifs, à la Caisse de compensation, Case postale, 1762 Givisiez.
- La demande de prestations complémentaires permet d'examiner le droit à la participation aux frais d'accompagnement pour les personnes résidant en EMS (art. 20, al. 1 LPMS).

1. Identité (assuré, personne donnant droit à la rente)

Nom de famille : _____ Numéro AVS : 756._____
Prénom(s) : _____ Date de naissance : _____
Etat civil : _____ ► ►depuis : _____
Domicile légal : _____ ► ►depuis : _____
Rue / No. : _____ Numéro tél. : _____
NPA / Lieu : _____ Adresse E-Mail : _____

Pour les étrangers

Pays d'origine : _____ Domicilié en Suisse dès : _____
(Joindre attestation récente des séjours établie par le Service de la population et des migrants)

2. Identité du conjoint (à remplir aussi en cas de séparation)

Nom de famille : _____ Numéro AVS : 756._____
Prénom(s) : _____ Date de naissance : _____
Domicile légal : _____ ► ►depuis : _____
Rue / No. : _____ Numéro tél. : _____
NPA / Lieu : _____ Adresse E-Mail : _____

Pour les étrangers

Pays d'origine : _____Domicilié en Suisse dès : _____
(joindre copie du permis de séjour)

3. Mode de paiement des prestations complémentaires

	Assuré :	Conjoint :
No de compte (IBAN) :	_____	_____
Nom et lieu de la banque/poste :	_____	_____

4. Identité des enfants **donnant droit à une rente d'orphelin ou à une rente pour enfant** (enfants mineurs ou en formation de 18 à 25 ans)

Enfants propres (enfants issus du mariage ou nés hors mariage), enfants adoptifs, enfants placés, enfants du conjoint de l'ayant droit.

Nom de famille :	Prénom :	Date de naissance :	Domicile :	Numéro AVS :	A-t-il un revenu ou de la fortune?
				756.	☐ oui * ☐ non
				756.	☐ oui * ☐ non
				756.	☐ oui * ☐ non
				756.	☐ oui * ☐ non

*(joindre les pièces justificatives)

La situation financière (fortune, revenus, etc.) de chaque enfant est à justifier au moyen de pièces justificatives. Si un enfant est en formation, joindre l'attestation d'études le confirmant ou le contrat d'apprentissage et la feuille de paie.

5. Représentant(e) légal(e)

Le cas échéant, nom, prénom et adresse du/de la représentant(e) légal(e) : _____

_____

Nature du mandat : _____

_____

(joindre acte officiel ou procuration, annexe 1, entièrement complétée)

Siège de l'autorité de protection _____

de l'adulte ou de l'enfant : _____

6. Dépenses (concernant la personne qui présente la demande, le/la conjoint(e), les enfants)

Prime d'assurance-maladie (joindre certificat/police d'assurance de la caisse-maladie, primes LAMAL et LCA)	☐ non ☐ oui CHF _____
Cotisations AVS/AI/APG pour personnes sans activité lucrative	☐ non ☐ oui CHF _____
Prestations d'entretien (pensions alimentaires) versées en vertu du droit familial (joindre décision judiciaire et preuves récentes de paiement)	☐ non ☐ oui CHF _____
Intérêts hypothécaires pour immeubles en propriété ou en usufruit (joindre attestation bancaire indiquant le solde au 1er janvier et les intérêts de l'année dernière)	☐ non ☐ oui CHF _____
Frais d'entretien d'immeuble	☐ non ☐ oui CHF _____
Frais de loyer pour logement loué (joindre un contrat de bail, avis de modification du loyer établi par la régie, attestation du propriétaire, etc. détaillé ; ainsi qu'un justificatif de paiement récent)	☐ non ☐ oui CHF _____
Valeur locative du logement selon taxation fiscale (à joindre) si vous êtes **propriétaire, usufruitier ou au bénéfice d'un droit d'habitation** *(souligner ce qui convient ; joindre l'acte notarié si vous êtes au bénéfice d'un droit d'habitation)*	☐ non ☐ oui CHF _____
Vivez-vous seul dans votre logement ? Si non, prière d'indiquer les noms, prénoms et dates de naissance des personnes avec qui vous faites ménage commun : _____ _____ _____ _____	☐ non ☐ oui
Etes-vous, ou l'une des personnes avec qui vous vivez, **tributaire d'un fauteuil roulant** ? Nom et prénom de la personne tributaire du fauteuil roulant : _____ (joindre la décision de l'Office AI se rapportant au fauteuil roulant)	☐ non ☐ oui CHF _____

Frais de home Nom et prénom de la personne séjournant en home : _____ Nom et prénom de la personne séjournant en home : _____ (joindre copie du contrat d'hébergement et police d'assurance de la caisse-maladie primes LAMAL et LCA) **Assurance maladie complémentaire (LCA)** Avez-vous conclu une assurance complémentaire vous permettant de bénéficier des indemnités journalières en cas d'hospitalisation ?	Date d'entrée : _____ Date d'entrée : _____ ☐ non ☐ oui
Frais de prise en charge extrafamiliale (joindre copie des factures)	☐ non ☐ oui CHF _____
Autres dépenses et préciser lesquelles : _____	☐ non ☐ oui CHF _____

7. Fortune (concernant la personne qui présente la demande, le/la conjoint(e), les enfants)

Dépôts d'épargne, titres, créances, prêts, argent liquide. Etat au 1er jour du mois du dépôt de la présente demande (compléter l'annexe 2 et reporter le chiffre)	☐ non ☐ oui CHF_____
Propriété immobilière en Suisse et à l'étranger (valeur fiscale)	☐ non ☐ oui CHF_____
Voiture, bétail, marchandises (sauf mobilier de ménage), souligner ce qui convient	☐ non ☐ oui CHF_____
Assurance-vie ou de rente viagère (joindre la police), valeur de rachat (joindre une attestation si la valeur de rachat n'est pas imposée)	☐ non ☐ oui CHF_____
Autre fortune et préciser laquelle :_____	☐ non ☐ oui CHF_____
Dettes hypothécaires (joindre attestation indiquant le solde au 1er jour du mois du dépôt de la présente demande)	☐ non ☐ oui CHF_____
Autres dettes et préciser lesquelles :_____	☐ non ☐ oui CHF_____
Précisions si vous n'êtes pas seul/e propriétaire de la fortune : _____ _____	

8. Revenus (concernant la personne qui présente la demande, le/la conjoint(e), les enfants)

Revenu d'une **activité lucrative salariée** (joindre certificat de salaire détaillé) Si non, veuillez nous indiquer la date de la fin de l'activité lucrative : _____	☐ non ☐ oui CHF _____
Revenu en nature (entretien, nourriture, logement gratuit, etc.), souligner ce qui convient (joindre le contrat/convention, explications)	☐ non ☐ oui CHF _____
Revenu net d'une **activité indépendante** selon taxation fiscale (à joindre)	☐ non ☐ oui CHF _____
Allocations familiales et pour enfants (joindre justificatif)	☐ non ☐ oui CHF _____
Frais d'obtention du revenu (transports, repas, garde des enfants), joindre pièces justificatives, décomptes, quittances sans quoi aucune déduction ne sera admise	☐ non ☐ oui CHF _____
Rentes AVS ou AI (joindre la dernière décision et un relevé bancaire/postal indiquant le montant actuel)	☐ non ☐ oui CHF _____
Allocation pour impotent de l'AVS/AI, de l'AA ou d'une autre assurance (joindre la dernière décision et un relevé bancaire/postal indiquant le montant actuel)	☐ non ☐ oui CHF _____

Rente de la prévoyance professionnelle (LPP, 2ème pilier)

Percevez-vous une rente LPP/2ème pilier ? ☐ non ☐ oui CHF _____
Si oui, joindre justificatif. Si démarche en cours, veuillez cocher ici ☐ Si non, veuillez répondre à la question b.

b) Une institution LPP ou de libre passage vous a-t-elle versé un capital LPP (2ème pilier) ?
Si oui, joindre justificatif et précisez le motif en cochant une des réponses suivantes :
Âge, retraite ☐ Début d'une activité lucrative ☐ Départ définitif de la Suisse ☐
Financement de la propriété du logement ☐ Décès ou invalidité du conjoint ☐
Si non, veuillez répondre à la question c.

c) Avez-vous exercé une activité salariée ou perçu des indemnités chômage soumises à la LPP ?
Oui ☐ Non ☐

Rentes et pensions de tout genre telles que rente de l'AA, de l'assurance militaire ou d'assurances privées, prestations servies par un employeur, etc. (joindre la dernière décision et un relevé bancaire/postal indiquant le montant actuel)	☐ non ☐ oui CHF _____
Rentes étrangères **a) Percevez-vous une (des) rente (s) étrangère (s) ?** ☐ non ☐ oui Si oui, joindre justificatifs. Si non, répondre à la question b. **b) Avez-vous effectué des démarches pour obtenir de telles prestations ?** Si oui, joindre justificatifs. Si non, veuillez cochez ici ☐ et répondre à la question c. **c) Avez-vous séjourné et travaillé à l'étranger ?** Si oui, veuillez indiquer les années _____ et le pays _____ Si non, veuillez cochez ici ☐	
Indemnités journalières d'une assurance-maladie (y compris en cas de séjour dans un home), accidents, invalidité ou chômage, allocations perte de gain (souligner ce qui convient et joindre la dernière décision et un relevé bancaire/postal indiquant le montant actuel)	☐ non ☐ oui CHF _____
Intérêts de dépôts d'épargne, titres, prêts (intérêts bruts, joindre pièces justificatives)	☐ non ☐ oui CHF _____
Revenus de biens immobiliers (rendement brut pour les locations, fermages, sous-locations, valeur locative du propre logement)	☐ non ☐ oui CHF _____
Usufruit, entretien viager ou convention analogue, prestations en nature, droit d'habitation (souligner ce qui convient et joindre pièces justificatives)	☐ non ☐ oui CHF _____
Prestations d'entretien (pensions alimentaires) reçues en vertu du droit familial (joindre décision judiciaire)	☐ non ☐ oui CHF _____
Autres revenus et préciser lesquels : _____	☐ non ☐ oui CHF _____

9. Divers

Avez-vous déjà reçu une prestation complémentaire AVS ou AI dans un autre canton ? ☐ oui ☐ non

Si oui, où et jusqu'à quand ? _____

_____

Votre situation économique (revenu, fortune, etc…) s'est-elle modifiée de façon durable par rapport à l'année civile précédente ? ☐ oui ☐ non

Si oui, pour quelles raisons ? _____

_____

Avez-vous cédé à des tiers votre fortune ou des éléments de celle-ci (y compris biens immobiliers) ou avez-vous renoncé à des revenus ? ☐ oui ☐ non

(joindre acte notarié ou autre pièce justificative)

Si oui, à quelle date ? _____

Montant : CHF _____

Destinataire : _____

Remarques : _____

_____

_____

10. Frais de maladie et d'invalidité

Les frais suivants peuvent être remboursés séparément, dans le cadre des prescriptions légales :

- participations aux coûts de l'assurance-maladie (quote-part et franchise)

- dentiste, moyens auxiliaires

- aide, soins et tâches d'assistance, etc.

Tous les justificatifs (factures originales, décomptes de la caisse-maladie, ordonnances médicales, etc…) doivent nous être adressés dans les 15 mois à compter de la date de la facture (ou du décompte de la caisse-maladie).

11. Déclaration

Le/la soussigné(e) certifie que les indications données ci-dessus et dans les annexes 1 et 2 sont complètes et véridiques. Il/elle s'engage à signaler **sans délai** toute modification de la situation personnelle et économique des personnes comprises dans le calcul de la PC à la Caisse de compensation du canton de Fribourg, Section prestations, case postale, 1762 Givisiez (par exemple : changement d'adresse, modification des personnes faisant ménage commun, mariage, décès, début ou fin d'apprentissage ou d'études, reprise ou cessation d'une activité lucrative, octroi d'indemnités de chômage ou prestations LPP, augmentation ou diminution du revenu ou de la fortune, vente ou transfert de biens immobiliers, début ou fin de prestations de caisse-maladie, entrée ou sortie d'un home ou d'un établissement hospitalier, séjour à l'étranger dès 2 mois). En outre, l'assuré par l'apposition de sa signature ou de celle de son représentant au formulaire, accepte d'une part que l'Etablissement cantonal des assurances sociales (ECAS) puisse requérir aux informations fiscales à son sujet auprès du Service cantonal des contributions (SCC), conformément à l'article 13 de la loi cantonale sur les prestations complémentaires. D'autre part, il autorise l'ECAS à transmettre au SCC les informations concernant les prestations financières versées en relation avec sa décision. En présence de cet accord signé de l'assuré, le SCC et l'ECAS peuvent être en mesure de fournir les informations sans réserve (selon l'art. 139 al. 2, let. a LICD et l'art. 10, al. 1, let. a et c LPrD). L'avis de taxation émis par le Service cantonal des contributions est une source de renseignements utilisée dans les contrôles d'exactitude des déclarations du requérant. Les administrations concernées s'informent réciproquement du montant des éléments entrant dans leurs calculs respectifs.

Le/la soussigné(e) prend connaissance que toute prestation complémentaire perçue indûment, sur la base d'informations erronées ou incomplètes, devra être restituée.

Lieu : _____ Date : _____ Signature de l'assuré(e) ou du/de la représentant(e) : _____

Annexe 1 à la demande de prestations complémentaires

Procuration

Par la présente je donne procuration à la personne/institution citée ci-dessous en vue de me représenter auprès de la Caisse de compensation du canton de Fribourg et de défendre mes intérêts dans le cadre de l'instruction du dossier de prestations complémentaires (et de participation aux frais d'accompagnement pour les personnes résidant en EMS).

☐ Je souhaite que le bénéficiaire de la procuration reçoive uniquement une copie des correspondances et décisions qui me sont destinées.

☐ Je souhaite que le bénéficiaire de la procuration reçoive l'original des correspondances et décisions qui me sont destinées. J'ai pris bonne note du fait que je ne recevrai aucune correspondance.

☐ Autre selon remarque(s) suivante(s) :_____

Par nos signatures nous confirmons avoir pris note du fait que toute modification de la situation personnelle et économique du bénéficiaire de prestations complémentaires ou d'une personne comprise dans le calcul doit être annoncée sans délai à la Caisse de compensation, section prestations, case postale, 1762 Givisiez. A défaut, les prestations complémentaires perçues indûment devront être restituées (voir à ce sujet le paragraphe « Déclaration » en page 4 de la demande/révision de prestations complémentaires).

Cette procuration est valable jusqu'à sa révocation écrite. En outre, elle deviendrait caduque en cas de nomination officielle d'un représentant par la Justice de Paix.

Personne ou institution au bénéfice de la procuration

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____

Institution : _____

Adresse complète : _____

Adresse E-Mail : _____

Numéro tél. : _____

Date : _____ Signature / Timbre : _____

Personne (assuré) qui donne la procuration

Numéro AVS : 756. _____

Nom, prénom : _____

Adresse complète : _____

Numéro tél. : _____

Date : _____ Signature : _____

Annexe 2 à la demande de prestations complémentaires

Détail des capitaux

(dépôts d'épargne, titres, créances, prêts, argent liquide; Etat au 1er jour du mois de dépôt de la présente demande)

Nature (Banque, numéro de compte, titre, créance, prêt, argent liquide)	**Montant** du placement au 1er jour du mois du dépôt de la présente demande (joindre attestation)	Revenu brut (**intérêts**) de l'année dernière (joindre attestation)
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
	CHF	CHF
Total à reporter dans la formule de demande de PC	**CHF**	**CHF**

Imprimer | Enregistrer | Effacer