|  |  |
| --- | --- |
| Direction de la santé, des affaires sociales et de l’intégration Office de l’intégration et de l’action socialeRathausgasse 1Case postale3000 Berne 8+41 31 633 78 11info.ais.gsi@be.chwww.be.ch/dssi | DSSI-OIAS, Rathausgasse 1, case postale, 3000 Berne 8 |
| **‍**Office de l’intégration et de l’action socialeDivision Famille et sociétéRathausgasse 1Case postale3000 Berne 8 |
| +41 31 636 43 84  ptmassnahmen@be.ch |
|  |

Mesures pédago-thérapeutiques

**Demande de prise en charge des frais relatifs aux mesures d’éducation précoce spécialisée**

Conformément à l’ordonnance du 24 novembre 2021 sur les programmes de soutien à l’enfance, à la jeunesse et à la famille (OEJF ; RSB 860.22)

**Prière d'écrire lisiblement !**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Première demande de prise en charge | [ ]  … demande de prolongation |
|  |  |
| Un enregistrement auprès du Service éducatif itinérant du canton de Berne a-t-il été effectué ? [ ]  oui [ ]  non |

|  |
| --- |
| 1. Données personnelles |
| a) Enfant |
| Nom | …. | Prénom | …. |
| Rue | …. | NPA | …. | Localité | …. |
| Sexe | [ ]  masculin | [ ]  féminin | Date de naissance | …. |
| No AVS | …. |
| **Situation** | [x]  Au début du traitement, l’enfant n’a pas encore commencé l’école enfantine.[ ]  La scolarisation de l’enfant est/a été retardée (entrée à l’école enfantine repoussée d’un an).Au début du traitement, l’enfant a commencé l’école enfantine et se trouve : [ ]  en première année [x]  en deuxième année**Les subventions peuvent être versées au plus tard jusqu’au 30 septembre suivant l’entrée en première année primaire.** |

|  |
| --- |
| b) Représentation légale  |
| Nom | …. | Prénom | …. |
| Rue | …. | NPA | …. | Localité | …. |
| No de tél. | …. | Courriel | …. |
| Sexe | [ ]  masculin | [ ]  féminin | No AVS | …. |

|  |
| --- |
| Une curatelle a-t-elle été instituée ?[ ]  oui (joindre l’acte de nomination de la curatelle) [ ]  non |

|  |
| --- |
| 2. Prestations demandées |
| a) Nom et coordonnées du fournisseur de prestations |
| Nom | …. | Prénom | …. |
| Rue | …. | NPA | …. | Localité | …. |
| No de tél. | …. | Courriel | …. |
| b) Demande d’indemnisation des frais de transport (le formulaire de demande vous sera envoyé avec la garantie) |
| Demandez-vous à l’OIAS des indemnités de transport ? | ☐ oui ☐ non |
| Coordonnées bancaires (nom de la banque et IBAN) | …. |

|  |
| --- |
| 3. Services spécialisés |
| Quel est le service spécialisé qui a constaté les besoins (par ex. le Service éducatif itinérant, l’assistance ambulatoire du service psychologique pour enfants et adolescents, l’Hôpital de l’Ile, la ou le pédiatre) ? Merci d’indiquer le nom et l’adresse du service ainsi que la personne responsable.….….….….**Le rapport du service spécialisé doit être joint à la demande.** |
|  |
| **4. Signature** |
| **Par sa signature, la représentation légale accepte que le service compétent de l’Office de l’intégration et de l’action sociale (OIAS) se procure les documents nécessaires auprès du fournisseur de prestations et du service d’évaluation afin de vérifier si les conditions requises sont remplies.****Le droit aux prestations prend effet au plus tôt lors du dépôt de la demande.** |
| **Date :**…. | **Signature :** …. |
| **Remarques** | ….….…. |