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

Mesures pédago-thérapeutiques

**Demande de prise en charge des frais relatifs aux mesures de logopédie**

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 |

*Les* ***champs 1a et 1b*** *(données personnelles) doivent être complétées par la représentation légale.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. a) Enfant ou adolescent-e | | | | | | | | |
| Nom | | …. | | Prénom | …. | | | |
| Rue | | …. | | NPA | …. | Localité | | …. |
| Sexe | | masculin | féminin | Date de naissance : …. | | | | |
| No AVS | | | …. | | | | | |
| **1. b) Représentation légale** | | | | | | | | |
| Nom | …. | | | Prénom | …. | | | |
| Rue | …. | | | NPA | …. | | Localité | …. |
| Sexe | ☐ masculin | | féminin |  | …. | | | |
| No de tél. | …. | | | Courriel | …. | | | |
| No AVS | | | …. | | | | | |
| 1. c) 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) | | | …. | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. 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 de l’organe d’évaluation afin de vérifier si les conditions requises sont remplies.** | |
| **Date : ….** | **Signature :** …. |

*La représentation légale est priée de remettre le formulaire dûment complété (champs 1a et 1b) à un organe d’évaluation prédéfini pour la logopédie, à un-e logopédiste ou à un-e enseignant-e spécialisé-e.*

*Le* ***champ 3*** *peut être complété par un-e logopédiste ou un-e enseignant-e spécialisé-e et être transmis à un organe d’évaluation prédéfini pour la logopédie accompagné d’un rapport d’expertise.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. Evaluation spécialisée dans le domaine de la  logopédie  dyslexie | | | | | | | |
| Nom | …. | | | Prénom | …. | | |
| Rue | …. | | | NPA | …. | Localité | …. |
| No de tél. | …. | | | Courriel | …. | | |
| **A**) Décompte au tarif A | | | | **B**) Décompte au tarif B | | | |
| Résultat de l’évaluation spécialisée | | …. | | | | | |
| Annexe : rapport d’expertise du …. | | | Date : …. | | | Signature : …. | |

*Le* ***champ 4*** *doit être complété par un organe d’évaluation pour la logopédie / la dyslexie et transmis à l’OIAS.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4. Proposition de l’organe d’évaluation  Autorisation  Rejet de la prise en charge | | | | | | | | | | | |
| Nom, adresse (cachet) …. | | | | | | | | | No de tél. | | …. |
| Courriel | | …. |
| Personne responsable | | …. | | | | | | | No de tél. | | …. |
| **Situation** | | 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).  L’adolescent-e a achevé sa scolarité obligatoire. | | | | | | | | | | |
| **Diagnostic** | | sur la base d’un rapport d’expertise | | | | | | après consultation | | | |
| …. | | | | | | | | | | | |
| …. | | | | | | | | | **Degré** | | moyen  grave |
| Dernière consultation (année et lieu): ….  Aucune jusqu’à présent | | | | | | | | | | | |
| **Demande de prise en charge des frais** | | | | du | | …. | | | au | …. | |
| **Le droit aux prestations prend effet au plus tôt lors du dépôt de la demande.** | | | | | | | | | …. | heure(s) (à 60 min.) par semaine | |
|  | Décompte au tarif A | | auprès de | | …. | | | | | | |
|  | Décompte au tarif B | | auprès de | | …. | | | | | | |
|  | Oui, il s’agit du fournisseur de prestations adapté le plus proche | | | | | | | | | | |
|  | Non, le fournisseur de prestations adapté le plus proche se trouve à (localité) : …. | | | | | | | | | | |
|  | **Coûts pour l’évaluation spécialisée et le rapport d’expertise** | | CHF | | …. | | à verser à Mme/M. | | …. | | |
|  | **Coûts pour l’évaluation et le rapport** | | CHF | | …. | | à verser à l’organe d’évaluation | | …. | | |
|  | **Total** | | **CHF** | | **….** | |  | | | | |
| **Remarques** | | | ….  ….  …. | | | | | | | | |
| **Date  ….** | | | **Signature : ….** | | | | | | | | |