|  |  |
| --- | --- |
| 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 psychomotricité**

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 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Données personnelles | | | | | | |
| a) Enfant ou adolescent-e | | | | | | |
| Nom | …. | | Prénom | …. | | |
| Rue | …. | | NPA | …. | Localité | …. |
| Sexe | masculin | féminin | Date de naissance | | …. | |
| No AVS | | …. | | | | |
| **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).  **Prière de joindre les justificatifs (p. ex. la confirmation écrite de la commune ou la copie de la désinscription).**  **Durant la scolarité obligatoire, c’est la Direction de l’instruction publique et de la culture (INC) qui est compétente dans le domaine des mesures pédago-thérapeutique.**  L’adolescent-e a achevé sa scolarité obligatoire. | | | | | |

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 de l’organe 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** | ….  ….  …. |