|  |  |
| --- | --- |
| Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégrationOffice de l’intégration et de l’action socialeRathausplatz 1Case postale3000 Berne 8+41 31 635 22 42info.blg@be.ch[www.be.ch/lphand](http://www.be.ch/lphand) | Direction de la santé, des affaires sociales et de l’intégrationOffice de l’intégration et de l’action socialeRathausplatz 1Case postale3000 Berne 8 |

# Procuration

Informations concernant la personne en situation de handicap

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Prénom |  | Nom |
|  |  |  |
| Date de naissance |  | Numéro d’assurance sociale |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Téléphone fixe |  | Téléphone portable |
|  |  |  |
| Adresse électronique |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ligne d’adresse 1 |  | Ligne d’adresse 2 |
|  |  |  |
| NPA |  | Lieu |  | Canton |
|  |  |  |  |  |

Informations concernant la représentation légale (le cas échéant)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Prénom |  | Nom |
|  |  |  |
| Institution ou entreprise |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Téléphone fixe |  | Téléphone portable |
|  |  |  |
| Adresse électronique |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ligne d’adresse 1 |  | Ligne d’adresse 2 |
|  |  |  |
| NPA |  | Lieu |  | Canton |
|  |  |  |  |  |

**Dossiers de l’assurance-invalidité (AI)**

Par la présente, je soussignée/soussigné (personne en situation de handicap ou représentation légale), donne pouvoir à la Caisse de compensation du canton de Berne, aux offices AI selon la législation sur l’assurance-invalidité, à la division Assurance militaire de la Suva selon la législation sur l’assurance militaire ainsi qu’aux assureurs-accidents selon la législation sur l’assurance-accidents de fournir, oralement ou par écrit, des renseignements à l’autorité suivante, et d’accorder à cette dernière un accès intégral à mes dossiers, documents médicaux et professionnels inclus :

• Office de l’intégration et de l’action sociale (OIAS), Rathausplatz 1, case postale, 3000 Berne 8

En outre, j’autorise l’OIAS à transmettre ces données – en vertu de l’article 47, alinéa 2, lettre *b* de la loi sur les prestations de soutien aux personnes en situation de handicap (LPHand) – aux tiers qu’il mandate pour l’évaluation des besoins ainsi qu’au Service d’examen des besoins en vue respectivement de l’évaluation des besoins et de la vérification des résultats de cette évaluation.

**Copie de la garantie de prestations au home**

Par ailleurs, j’autorise l’OIAS à envoyer le cas échéant une copie de la décision de garantie de prestations édictée selon l’article 16, alinéa 1 LPHand à un fournisseur de prestations au sens de l’article 7, alinéa 3, lettre *a* LPHand (home).
(Si vous ne souhaitez pas que ladite décision soit envoyée au home, veuillez biffer le paragraphe ci-dessus)

Signature de la personne en situation de handicap ou, le cas échéant, de sa représentation légale

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Date |  | Lieu |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Prénom |  | Nom |  | Signature |
|  |  |  |  |  |