|  |  |
| --- | --- |
| Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration  Office de l’intégration et de l’action sociale  Rathausplatz 1  Case postale  3000 Berne 8  +41 31 635 22 42  info.blg@be.ch  [www.be.ch/lphand](http://www.be.ch/lphand) |  |
| Direction de la santé, des affaires sociales et de l’intégration  Office de l’intégration et de l’action sociale  Rathausplatz 1  Case postale  3000 Berne 8 |
|  |

# Procuration de l’assurance-invalidité (AI) : accès au dossier et fourniture de renseignements

Informations concernant la personne en situation de handicap

1. Données personnelles

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Numéro de téléphone |  | Téléphone portable |
|  |  |  |
| Adresse électronique |  |  |
|  |  |  |

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

Informations concernant la représentation légale (le cas échéant)

1. Données personnelles

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Numéro de téléphone |  | Téléphone portable |
|  |  |  |
| Adresse électronique |  |  |
|  |  |  |

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

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 dans le cadre de l’évaluation et de la vérification des besoins, 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

Par ailleurs, j’autorise l’OIAS à transmettre ces données, en vertu de l’article 47, alinéa 2, lettre *b* 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.

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

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