



Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (PC)

Date de réception
(à la commune)

Demande Révision

Informations importantes

- Toutes les rubriques doivent être complétées (éventuellement avec « non ») et les justificatifs doivent être joints.
- Une demande lacunaire peut différer le début du droit aux prestations complémentaires (ch. 2121.02 DPC). L'organe PC invite la personne qui présente la demande à produire les informations et documents manquants dans un délai de 3 mois. Le délai débute avec la première invitation. Si le délai n'est pas respecté, le rétroactif sera perdu.
- La formule de demande/révision doit être imprimée et adressée, avec les justificatifs, à l'administration communale du domicile légal pour vérification et attestation. A défaut, elle sera retournée.
- La demande de prestations complémentaires permet d'examiner le droit à la participation aux frais d'accompagnement pour les personnes résidant en EMS (art. 20, al. 1 REMS).
- Les bénéficiaires de prestations complémentaires obtiennent automatiquement (objet d'une décision séparée) une subvention pour leurs primes d'assurance-maladie. Il est important de joindre la/les police(s) d'assurance-maladie.

Identité (assuré, personne donnant droit à la rente)

Nom de famille : Numéro d'assuré : 756.....
 Prénom(s) : Date de naissance :
 Etat civil : ▶ depuis :
 Domicile légal : ▶ depuis :
 Rue / No. : Numéro tél. :
 NPA / Lieu : Adresse E-Mail :

Pour les étrangers

Pays d'origine :
 Domicilié en Suisse dès :
 (joindre attestation de domicile du service de la population et des migrants pour une demande PC)

Identité du conjoint (à remplir aussi en cas de séparation)

Nom de famille : Numéro d'assuré : 756.....
 Prénom(s) : Date de naissance :
 Domicile légal : ▶ depuis :
 Rue / No. : Numéro tél. :
 NPA / Lieu : Adresse E-Mail :

Pour les étrangers

Pays d'origine :
 Domicilié en Suisse dès :
 (joindre copie du permis de séjour)

Identité des enfants donnant droit à une rente d'orphelin ou à une rente pour enfant (enfants mineurs ou en formation de 18 à 25 ans)

Nom de famille:	Prénom:	Date de naissance:	Domicile:	Numéro d'assuré:	A-t-il un revenu ou de la fortune?
				756.	<input type="checkbox"/> oui * <input type="checkbox"/> non
				756.	<input type="checkbox"/> oui * <input type="checkbox"/> non
				756.	<input type="checkbox"/> oui * <input type="checkbox"/> non

*(joindre certificat salaire)

Enfants adoptés, recueillis, du conjoint (souligner ce qui convient)

Nom de famille:	Prénom:	Date de naissance:	Domicile:	Numéro d'assuré:	A-t-il un revenu ou de la fortune?
				756.	<input type="checkbox"/> oui * <input type="checkbox"/> non
				756.	<input type="checkbox"/> oui * <input type="checkbox"/> non

*(joindre certificat salaire)

La situation financière (fortune, revenus, etc.) de chaque enfant est à justifier au moyen de pièces justificatives. Si un enfant est en formation, joindre l'attestation d'études le confirmant ou le contrat d'apprentissage et la feuille de paie.

Représentant(e) légal(e)

Le cas échéant, nom, prénom et adresse du/de la représentant(e) légal(e) :

Nature du mandat :

(joindre acte officiel ou procuration, annexe 1, entièrement complétée)

Siège de l'autorité de protection
de l'adulte ou de l'enfant :

Mode de paiement des prestations complémentaires

	Assuré :	Conjoint :
<input type="checkbox"/> Sur un compte bancaire personnel
Nom et lieu de la banque
au nom de : (nom et prénom)
No de compte (IBAN)
<input type="checkbox"/> Sur un compte postal personnel
au nom de : (nom et prénom)
No de compte

Dépenses (concernant la personne qui présente la demande/révision, le/la conjoint(e), les enfants)

Cotisations AVS/AI/APG pour personnes sans activité lucrative	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
Prestations d'entretien (pensions alimentaires) versées en vertu du droit familial (joindre décision judiciaire et preuves récentes de paiement)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
Intérêts hypothécaires pour immeubles en propriété ou en usufruit (joindre attestation bancaire indiquant le solde au 1er janvier et les intérêts de l'année dernière)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
Frais d'entretien d'immeuble	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
Frais supplémentaires de régime pour non-pensionnaire de home (joindre certificat médical détaillé indiquant les aliments obligatoires/interdits + indiquer le coût moyen de l'alimentation)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
Frais de loyer pour logement loué (joindre un contrat de bail, avis de modification du loyer établi par la régie, attestation du propriétaire, etc. détaillé ; ainsi qu'un justificatif de paiement récent)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
Valeur locative du logement selon taxation fiscale (<i>à joindre</i>) si vous êtes propriétaire, usufruitier ou au bénéfice d'un droit d'habitation (<i>souligner ce qui convient ; joindre l'acte notarié si vous êtes au bénéfice d'un droit d'habitation</i>)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
Vivez-vous seul dans votre logement ? Si non, prière d'indiquer les noms, prénoms et dates de naissance des personnes avec qui vous faites ménage commun :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Etes-vous, ou l'une des personnes avec qui vous vivez, tributaire d'un fauteuil roulant ? Nom et prénom de la personne tributaire du fauteuil roulant :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
Frais de home (Nom et prénom de la personne séjournant en home) : Nom et prénom : Le home communique le prix directement à la Caisse de compensation, vous n'avez pas de démarche à entreprendre à ce sujet.	Date d'entrée :
Autres dépenses et préciser lesquelles :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF

Fortune (concernant la personne qui présente la demande/révision, le/la conjoint(e), les enfants)

Dépôts d'épargne, titres, créances, prêts, argent liquide. Etat au 31 décembre de l'année précédente (compléter l'annexe 2 et reporter le chiffre)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
Propriété immobilière en Suisse et à l'étranger (valeur fiscale)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
Voiture, bétail, marchandises (sauf mobilier de ménage), souligner ce qui convient	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
Assurance-vie ou de rente viagère (joindre la police), valeur de rachat (joindre une attestation si la valeur de rachat n'est pas imposée)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
Autre fortune et préciser laquelle :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
Dettes hypothécaires (joindre attestation indiquant le solde au 31 décembre)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
Autres dettes et préciser lesquelles :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
Précisions si vous n'êtes pas seul/e propriétaire de la fortune :	
.....	

Revenus (concernant la personne qui présente la demande/révision, le/la conjoint(e), les enfants)

Revenu d'une activité lucrative salariée (joindre certificat de salaire détaillé)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
Revenu en nature (entretien, nourriture, logement gratuit, etc.), souligner ce qui convient (joindre le contrat/convention, explications)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
Revenu net d'une activité indépendante selon taxation fiscale (à joindre)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
Allocations familiales et pour enfants (joindre justificatif)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
Frais d'obtention du revenu (transports, repas, garde des enfants), joindre pièces justificatives, décomptes, quittances sans quoi aucune déduction ne sera admise	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
Rentes AVS ou AI (joindre la dernière décision et un relevé bancaire/postal indiquant le montant actuel)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
Allocation pour impotent de l'AVS/AI, de l'AA ou d'une autre assurance (joindre la dernière décision et un relevé bancaire/postal indiquant le montant actuel)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
Rentes et pensions de tout genre telles que rente de l'AA, de l'assurance militaire ou d'assurances privées, caisses de pension, assurances sociales étrangères, prestations servies par un employeur, etc. (joindre la dernière décision et un relevé bancaire/postal indiquant le montant actuel)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
Indemnités journalières d'une assurance-maladie (y compris en cas de séjour dans un home), accidents, invalidité ou chômage, allocations perte de gain (souligner ce qui convient et joindre la dernière décision et un relevé bancaire/postal indiquant le montant actuel)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
Intérêts de dépôts d'épargne, titres, prêts (intérêts bruts, joindre pièces justificatives)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
Revenus de biens immobiliers (rendement brut pour les locations, fermages, sous-locations, valeur locative du propre logement)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
Usufruit, entretien viager ou convention analogue, prestations en nature, droit d'habitation (souligner ce qui convient et joindre pièces justificatives)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
Prestations d'entretien (pensions alimentaires) reçues en vertu du droit familial (joindre décision judiciaire)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
Autres revenus et préciser lesquels :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF

Divers

Avez-vous déjà reçu une prestation complémentaire AVS ou AI dans un autre canton ? oui non

Si oui, où et jusqu'à quand ?

.....

Votre situation économique (revenu, fortune, etc...) s'est-elle modifiée de façon durable par rapport à l'année civile précédente ? oui non

Si oui, pour quelles raisons ?

.....

Avez-vous cédé à des tiers votre fortune ou des éléments de celle-ci (y compris biens immobiliers) ou avez-vous renoncé à des revenus ? (joindre acte notarié ou autre pièce justificative) oui non

Si oui, à quelle date ?

Montant : CHF

Destinataire :

Remarques :

.....

Frais de maladie et d'invalidité

Les frais suivants peuvent être remboursés séparément, dans le cadre des prescriptions légales :

- participations aux coûts de l'assurance-maladie (quote-part et franchise)
- dentiste, moyens auxiliaires
- aide, soins et tâches d'assistance

Tous les justificatifs (factures originales, décomptes de la caisse-maladie, ordonnances médicales, etc...) doivent nous être adressés dans les 15 mois à compter de la date de la facture (ou du décompte de la caisse-maladie).

Déclaration

Le/la soussigné(e) certifie que les indications données ci-dessus et dans les annexes 1 et 2 sont complètes et véridiques. Il/elle s'engage à signaler **sans délai** toute modification de la situation personnelle et économique des personnes comprises dans le calcul de la PC à la Caisse de compensation du canton de Fribourg, Section prestations, case postale, 1762 Givisiez (par exemple : changement d'adresse, modification des personnes faisant ménage commun, mariage, décès, début ou fin d'apprentissage ou d'études, reprise ou cessation d'une activité lucrative, octroi d'indemnités de chômage ou prestations LPP, augmentation ou diminution du revenu ou de la fortune, vente ou transfert de biens immobiliers, début ou fin de prestations de caisse-maladie, entrée ou sortie d'un home ou d'un établissement hospitalier).

Les prestations complémentaires perçues indûment devront être restituées.

Signature de l'assuré(e)
ou du/de la représentant(e)

Lieu : Date :

Liste des annexes :

- | | |
|--------------------------------------|---------|
| 1. Procuration à compléter si besoin | 5. |
| 2. Détail des capitaux | 6. |
| 3. Dernier avis de taxation fiscale | 7. |
| 4. Police d'assurance-maladie | 8. |

La présente formule se fonde sur les dispositions suivantes :

Art. 21 de la loi fédérale du 06.10.2006 sur les prestations complémentaires (LPC).

Art. 28 de la loi fédérale du 06.10.2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA)

Art. 12 et 13 de la loi cantonale du 16.11.1965 sur les prestations complémentaires

Rapport du Conseil communal

Les données ci-dessus sont-elles conformes à la situation qui vous est connue : oui non

Si non, précisions ou réserves (si nécessaire sur feuille séparée) :

Date, visa, timbre du Conseil communal et signature :

.....
.....
.....
.....

Lieu : Date :

Procuration

Par la présente je donne procuration à la personne/institution citée ci-dessous en vue de me représenter auprès de la Caisse de compensation du canton de Fribourg et de défendre mes intérêts dans le cadre de l'instruction du dossier de prestations complémentaires (et de participation aux frais d'accompagnement pour les personnes résidant en EMS).

- Je souhaite que le bénéficiaire de la procuration reçoive uniquement une copie des correspondances et décisions qui me sont destinées.
- Je souhaite que le bénéficiaire de la procuration reçoive l'original des correspondances et décisions qui me sont destinées. J'ai pris bonne note du fait que je ne recevrai aucune correspondance.
- Autre selon remarque(s) suivante(s) :

Par nos signatures nous confirmons avoir pris note du fait que toute modification de la situation personnelle et économique du bénéficiaire de prestations complémentaires ou d'une personne comprise dans le calcul doit être annoncée sans délai à la Caisse de compensation, section prestations, case postale, 1762 Givisiez. A défaut, les prestations complémentaires perçues indûment devront être restituées (voir à ce sujet le paragraphe « Déclaration » en page 4 de la demande/révision de prestations complémentaires).

Cette procuration est valable jusqu'à sa révocation écrite. En outre, elle deviendrait caduque en cas de nomination officielle d'un représentant par la Justice de Paix.

Personne ou institution au bénéfice de la procuration

Nom, prénom :
Date de naissance :
Institution :
Adresse postale :
Adresse E-Mail :
Numéro tél. :

Date :

Signature / timbre :

Personne (assuré) qui donne la procuration

Numéro d'assuré : 756.
Nom, prénom :
Adresse postale :
Numéro tél. :

Date :

Signature :

