

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

### Demande

#### Informations importantes

- Toutes les rubriques doivent être complétées (éventuellement avec « non ») et les justificatifs doivent être joints. A défaut, le dossier sera retourné.
- La formule de demande doit être complétée, signée et adressée, avec les justificatifs, à la Caisse de compensation, Case postale, 1762 Givisiez.
- 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 LPMS).

---

#### 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 récente des séjours établie par le Service de la population et des migrants)

#### 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)

---

### Mode de paiement des prestations complémentaires

	Assuré :	Conjoint :
No de compte (IBAN)	.....	.....
Nom et lieu de la banque/poste	.....	.....

**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)

Enfants propres (enfants issus du mariage ou nés hors mariage), enfants adoptifs, enfants placés, enfants du conjoint de l'ayant droit.

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
				756.	<input type="checkbox"/> oui * <input type="checkbox"/> non

\*(joindre les pièces justificatives)

**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 : .....

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

<b>Prime d'assurance-maladie</b> (joindre certificat/police d'assurance de la caisse-maladie, primes LAMAL et LCA)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
<b>Cotisations AVS/AI/APG</b> pour personnes sans activité lucrative	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
<b>Prestations d'entretien</b> (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
<b>Intérêts hypothécaires</b> 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
<b>Frais d'entretien d'immeuble</b>	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
<b>Frais de loyer</b> 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
<b>Valeur locative</b> du logement selon taxation fiscale (à joindre) si vous êtes <b>propriétaire, usufruitier ou au bénéfice d'un droit d'habitation</b> (souligner ce qui convient ; joindre l'acte notarié si vous êtes au bénéfice d'un droit d'habitation)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
<b>Vivez-vous seul</b> 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, <b>tributaire d'un fauteuil roulant</b> ? Nom et prénom de la personne tributaire du fauteuil roulant : (joindre la décision de l'Office AI se rapportant au fauteuil roulant)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF

<b>Frais de home</b> Nom et prénom de la personne séjournant en home : ..... Nom et prénom de la personne séjournant en home : ..... (joindre copie du contrat d'hébergement et police d'assurance de la caisse-maladie primes LAMAL et LCA)	Date d'entrée : Date d'entrée :
<b>Assurance maladie complémentaire (LCA)</b> Avez-vous conclu une assurance complémentaire vous permettant de bénéficier des indemnités journalières en cas d'hospitalisation ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
<b>Frais de prise en charge extrafamiliale</b> (joindre copie des factures)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui    CHF
<b>Autres dépenses et préciser lesquelles :</b>	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui    CHF

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

<b>Dépôts d'épargne, titres, créances, prêts, argent liquide.</b> Etat au 1 <sup>er</sup> jour du mois du dépôt de la présente demande (compléter l'annexe 2 et reporter le chiffre)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui    CHF
<b>Propriété immobilière</b> en Suisse et à l'étranger (valeur fiscale)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui    CHF
<b>Voiture, bétail, marchandises</b> (sauf mobilier de ménage), souligner ce qui convient	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui    CHF
<b>Assurance-vie</b> 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
<b>Autre fortune</b> et préciser laquelle :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui    CHF
<b>Dettes hypothécaires</b> (joindre attestation indiquant le solde au 1 <sup>er</sup> jour du mois du dépôt de la présente demande)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui    CHF
<b>Autres dettes</b> et préciser lesquelles :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui    CHF
<b>Précisions si vous n'êtes pas seul/e propriétaire de la fortune :</b> ..... .....	

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

Revenu d'une <b>activité lucrative salariée</b> (joindre certificat de salaire détaillé) Si non, veuillez nous indiquer la date de la fin de l'activité lucrative :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui    CHF
<b>Revenu en nature</b> (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 <b>activité indépendante</b> selon taxation fiscale (à joindre)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui    CHF
<b>Allocations familiales</b> et pour enfants (joindre justificatif)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui    CHF
<b>Frais d'obtention du revenu</b> (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
<b>Rentes AVS ou AI</b> (joindre la dernière décision et un relevé bancaire/postal indiquant le montant actuel)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui    CHF
<b>Allocation pour impotent</b> 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
<b>Rente de la prévoyance professionnelle (LPP, 2<sup>ème</sup> pilier)</b> <b>Percevez-vous une rente LPP/2ème pilier ?</b> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui    CHF Si oui, joindre justificatif. Si démarche en cours, veuillez cocher ici <input type="checkbox"/> Si non, veuillez répondre à la question b. <b>b) Une institution LPP ou de libre passage vous a-t-elle versé un capital LPP (2ème pilier) ?</b> Si oui, joindre justificatif et précisez le motif en cochant une des réponses suivantes : Âge, retraite <input type="checkbox"/> Début d'une activité lucrative <input type="checkbox"/> Départ définitif de la Suisse <input type="checkbox"/> Financement de la propriété du logement <input type="checkbox"/> Décès ou invalidité du conjoint <input type="checkbox"/> Si non, veuillez répondre à la question c. <b>c) Avez-vous exercé une activité salariée ou perçu des indemnités chômage soumises à la LPP ?</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

<b>Rentes et pensions</b> de tout genre telles que rente de l'AA, de l'assurance militaire ou d'assurances privées, 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
<b>Rentes étrangères</b>	
<b>a) Percevez-vous une (des) rente (s) étrangère (s) ?</b> Si oui, joindre justificatifs. Si non, répondre à la question b.	
<b>b) Avez-vous effectué des démarches pour obtenir de telles prestations ?</b> Si oui, joindre justificatifs. Si non, veuillez cocher ici <input type="checkbox"/> et répondre à la question c.	
<b>c) Avez-vous séjourné et travaillé à l'étranger ?</b> Si oui, veuillez indiquer les années _____ et le pays _____ Si non, veuillez cocher ici <input type="checkbox"/>	
<b>Indemnités journalières</b> 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
<b>Intérêts</b> de dépôts d'épargne, titres, prêts (intérêts bruts, joindre pièces justificatives)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
<b>Revenus de biens immobiliers</b> (rendement brut pour les locations, fermages, sous-locations, valeur locative du propre logement)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
<b>Usufruit, entretien viager ou convention analogue, prestations en nature, droit d'habitation</b> (souligner ce qui convient et joindre pièces justificatives)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
<b>Prestations d'entretien</b> (pensions alimentaires) reçues en vertu du droit familial (joindre décision judiciaire)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui CHF
<b>Autres revenus</b> 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, etc.

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, séjour à l'étranger dès 2 mois). En outre, l'assuré par l'apposition de sa signature ou de celle de son représentant au formulaire, accepte d'une part que l'Etablissement cantonal des assurances sociales (ECAS) puisse requérir aux informations fiscales à son sujet auprès du Service cantonal des contributions (SCC), conformément à l'article 13 de la loi cantonale sur les prestations complémentaires. D'autre part, il autorise l'ECAS à transmettre au SCC les informations concernant les prestations financières versées en relation avec sa décision. En présence de cet accord signé de l'assuré, le SCC et l'ECAS peuvent être en mesure de fournir les informations sans réserve (selon l'art. 139 al. 2, let. a LICD et l'art. 10, al. 1, let. a et c LPrD). L'avis de taxation émis par le Service cantonal des contributions est une source de renseignements utilisée dans les contrôles d'exactitude des déclarations du requérant. Les administrations concernées s'informent réciproquement du montant des éléments entrant dans leurs calculs respectifs.

**Le/la soussigné(e) prend connaissance que toute prestation complémentaire perçue indûment, sur la base d'informations erronées ou incomplètes, devra être restituée.**

Lieu : ..... Date : ..... Signature de l'assuré(e)  
ou du/de la représentant(e) .....

## 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 complète : .....

Adresse E-Mail : .....

Numéro tél. : .....

Date : .....

Signature / timbre : .....

---

## Personne (assuré) qui donne la procuration

Numéro d'assuré : 756. ....

Nom, prénom : .....

Adresse complète : .....

Numéro tél. : .....

Date : .....

Signature : .....

