**Déclaration de consentement du client/de la cliente ou de la personne investie de l’autorité parentale**

En lien à l’obligation de donner des renseignements dans le cadre de la procédure de la commission paritaire de confiance (CP)

|  |
| --- |
| 1. **Client-e (enfant):**
 |
| Nom et prénom: |       |
| Date de naissance: |       |
| Rue: |       |
| NPA/localité: |            |
| Numéro d‘assuré: |       |
| Personne investie de l’autorité parentale (en cas de l‘AI): |       |

|  |
| --- |
| 1. **Organisation d’aide et de soins à domicile:**
 |
| Nom de l‘organisation: |       |
| Rue: |       |
| NPA/localité: |            |
| Téléphone: |       |
| E-mail: |       |

**Devoir d‘information selon la LAI, LAA et LAM**

Conformément aux lois fédérales sur l’assurance-invalidité (LAI), sur l’assurance-accidents (LAA) et sur l’assurance militaire (LAM), le fournisseur de prestations est soumis à l’obligation de renseigner vis-à-vis de l’assurance concernée. Ce devoir d’information est défini précisément dans les articles de loi suivants: art. 6a LAI, art. 54a LAA, art. 25a LAM.

Vous bénéficiez de prestations de notre organisation d'aide et de soins à domicile qui sont prises en charge par l'AI, l'AA ou l'AM. Il se peut que nous soyons dans l’obligation d’envoyer votre dossier de patient à la commission paritaire de confiance (CP) qui souhaite les consulter. Pour cette raison, nous vous demandons de nous autoriser, en tant qu'organisation d’aide et de soins à domicile, à envoyer pour consultation les documents nécessaires de votre dossier de patient à la CP.

**La collaboratrice/le collaborateur du service d‘aide et de soins à domicile a expliqué le contenu de la déclaration de consentement au client/à la cliente ou à la personne investie de l'autorité parentale:**

Nom, prénom Date Signature

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_