

Überblick der Fragen myhandicap.belgium.be – BEE-EB

Achtung: dieser Fragebogen ist als Hilfsmittel für Sozialarbeiter gedacht. Das Papierformular gilt nicht als Antragsverfahren. Der Antrag kann nur elektronisch über myhandicap.belgium.be verschickt werden.

Vorab

Um einen elektronischen Antrag stellen zu können, brauchen Sie folgende Informationen in Bezug auf den Antragsteller:

- Seine Nationalregisternummer
- Den Namen und Vornamen des behandelnden Arztes des Antragstellers
- Die Bankkontonummer des Antragstellers

Identifizierung der Person – Zu Ihrer Person

Identifizierung Zu Ihrer Person

1. Nationalregisternummer

→ Die Daten werden automatisch ausgefüllt (Name, Adresse, Familienzusammensetzung, ...)

2. Ist Ihre Postanschrift dieselbe wie die Ihres offiziellen Wohnsitzes?

Wenn nein, teilen Sie uns bitte Ihre Postanschrift mit?

Land
Postleitzahl
Ort
Straße
Hausnummer

3. Ihre Kontaktangaben

Teilen Sie uns bitte Ihre Kontaktangaben mit und geben Sie bitte an, wie Sie am liebsten kontaktiert werden möchten. Falls wir zusätzliche Informationen von Ihnen brauchen, werden wir uns über diesem Weg mit Ihnen in Verbindung setzen.

3.1 Wie soll unser Dienst Sie kontaktieren?

- Brief
- E-mail
- Telefon

- Persönliches Gespräch

3.2 Art des Telefons

- Festnetz
- Mobil

3.3. Telefonnummer (Landesvorwahl / Zone / Nummer)

3.4. E-Mail-Adresse

3.5. In welcher Sprache möchten Sie kommunizieren?

Deutsch, Französisch, Niederländisch

Andere Kontaktangaben

1. Geben Sie uns bitte den Vornamen Ihres Hausarztes oder Ihres Facharztes

Achtung: Wichtig ist, dass der behandelnde Arzt über aktuelle medizinische Informationen verfügt. Ist dies nicht der Fall, so vereinbaren Sie bitte möglichst schnell einen Termin mit Ihrem Hausarzt.

2. Haben Sie einen gesetzlichen Vertreter?

Wenn ja:

Nationalregisternummer

Titel

Möchten Sie eine Person bezeichnen, die Sie bei den Kontakten mit unserem Dienst unterstützt?

- Brief
- E-mail
- Telefon
- Persönliches Gespräch

Telefonnummer (Landesvorwahl / Zone / Nummer) :

E-Mail-Adresse

In welcher Sprache möchten Sie kommunizieren? Deutsch, Französisch, Niederländisch

Ist **keine Nationalregisternummer des gesetzlichen Vertreters** bekannt, teilen Sie uns bitte die Personalien des gesetzlichen Vertreters mit:

Vorname

Nachname

Geburtsdatum
Adresse
Postleitzahl
Ort
Straße
Hausnummer

3. Möchten Sie eine Person bezeichnen, die Sie bei den Kontakten mit unserem Dienst unterstützt?

Wenn ja:

- Arzt
- Familienmitglied
- Sozialarbeiter
- Eine Person aus meinem Umfeld (Bekannter, Nachbar, Freund, ...)

Nationalregisternummer
Titel

Wie soll unser Dienst Sie kontaktieren?

- Brief
- E-mail
- Telefon
- Persönliches Gespräch

Telefonnummer (Landesvorwahl /Zone / Nummer):

E-Mail-Adresse

In welcher Sprache möchten Sie kommunizieren? Deutsch, Französisch, Niederländisch

Ist **keine Nationalregisternummer der Kontaktperson** bekannt, teilen Sie uns bitte Ihre Personalien mit:

Vorname
Nachname
Geburtsdatum
Adresse
Postleitzahl
Ort
Straße
Hausnummer

Auszahlungen

Wie lautet **die Nummer Ihres Sichtkontos** (ein Sparkonto ist nicht zulässig), auf das wir eventuelle Auszahlungen tätigen können? Achtung: das Konto muss auf Ihren Namen eröffnet sein und Sie müssen mindestens Mitinhaber sein.

IBAN

Ihre persönliche Situation

Ihr Haushalt

1. **Wohnen Sie im Augenblick in einer Einrichtung oder Pflegeeinrichtung?** Ja - Nein
 - 1.1. **Wie lautet der Name der Einrichtung oder Pflegeeinrichtung, in der Sie wohnen?**
 - Land
 - Postleitzahl
 - Ort
 - Straße
 - Hausnummer
 - Telefonnummer
 - E-Mail-Adresse
2. **Haben Sie ein Kind zu Lasten?** Ja – Nein
3. **Haben Sie ein Kind, für das Sie Kindergeld beziehen?** Ja – Nein
4. **Haben Sie ein Kind, für das Sie Unterhaltsgeld beziehen?** Ja - Nein
5. **Haben Sie ein Kind, für das Sie Unterhaltsgeld bezahlen?** Ja -Nein

Ihre aktuelle Beschäftigung und Ihre Laufbahn

Indem wir von Ihrer letzten Beschäftigung oder Ihrer aktuellen Beschäftigung ausgehen, können wir uns ein Bild von den Fähigkeiten machen, die Sie erworben haben. Wir berücksichtigen keine Beschäftigungen, die Sie weniger als 6 Monate ausführen oder ausgeführt haben, da wir davon ausgehen, dass diese Zeitspanne zu kurz ist, um ausreichende Fähigkeiten zu Erlangen.

1. **Wie lässt sich Ihre berufliche Situation am besten beschreiben?**
 - Bezahlte Beschäftigung
 - Unbezahlte Beschäftigung
 - Selbstständiger Arbeiter
 - Student
 - Rentner
 - Hausfrau/-mann
 - Invalidität
 - Arbeitslos aus anderen Gründen
2. **Haben Sie vorher eine andere Arbeit für mindestens 6 Monate ausgeübt?**

3. **Wenn Sie nicht mehr arbeiten, wann haben Sie aufgehört? - (MM/JJJJ)**
4. **Wenn Sie nie gearbeitet haben oder wenn Sie aufgehört haben zu arbeiten, hatte das gesundheitliche Gründe?**
 - 4.1. **Wenn ja, welches gesundheitliche Problem war der Grund für Ihren Arbeitsausstieg?**
5. **Haben Sie vorher eine andere Arbeit für mindestens 6 Monate ausgeübt?**
 - 5.1. **Wenn ja, um welche Art von Arbeit handelte es sich dabei?**
6. **Welche Diplome oder Qualifikationen haben Sie bei Ihren Studien oder Ausbildungen erhalten?**
7. **Benötigen Sie Anpassungen für Ihren Arbeitsplatz, damit Sie Ihre Arbeit behalten können oder arbeiten Sie in einer Beschützenden Werkstätte?**
 - 7.1. **Wenn ja, welche Anpassungen werden benötigt?**
8. **Welche Einrichtung unterstützt Sie beim Beibehalt Ihrer jetzigen Arbeit oder bei der Suche nach einer neuen Arbeit?**

Ihre Einnahmen

1. **Welche Einrichtung bezahlt Ihre Einkommen?**
 - Andere Einkommen
 - Arbeitsunfall
 - Berufskrankheit
 - Kein Einkommen
 - Einkommen als Selbstständiger
 - Löhne oder Gehälter
 - Unterhaltsgeld
 - Pension
 - Arbeitslosengeld , Krankengeld
2. **Haben Sie kürzlich einen Teil oder Ihre gesamten Einkünfte verloren?**

Wenn ja, seit wann?

Wenn nein, Wurde Ihr Einkommen kürzlich erhöht oder verringert aufgrund einer Änderung in Ihrer Haushaltszusammensetzung?

- 3. Haben Sie (oder Ihr Partner) jemals eine Entschädigung, eine Versicherungsauszahlung oder eine Ausgleichszahlung eingefordert?**

Gesundheitszustand

Wir überprüfen die Auswirkungen Ihrer Krankheit oder Behinderung auf Ihre Alltagsaktivitäten, wie z.B. putzen, essen, sich waschen und sich anziehen, soziale Kontakte pflegen,...

Krankheiten und Behinderungen

- 1. Welches ist Ihre Hauptkrankheit oder Ihre schwerste Behinderung?**

- 2. Hat sich Ihr Gesundheitszustand in den letzten 3 Monaten verändert?
Wenn ja, können Sie uns das Datum der Veränderung nennen?**

Bedingungen, die ein beschleunigtes Verfahren rechtfertigen

In sehr schwierigen Situationen behandeln wir die Akte prioritär, und entscheiden oft 'nach Aktenlage'. Dies bedeutet dass wir eine Entscheidung treffen aufgrund der Informationen, die Sie uns gegeben haben und dass Sie nicht mehr in einem unserer medizinischen Zentren für eine ärztliche Untersuchung vorstellig werden müssen.

- 1. Erhalten Sie im Krankenhaus regelmäßig eine Strahlen- oder Chemotherapie?**
- 2. Haben Sie im Anschluss an eine Strahlen- oder Chemotherapie tägliche Hausbesuche durch ein Team von Pflegepersonal?**
- 3. Leiden Sie an einer sich rasch entwickelnden schweren degenerativen neurologischen Erkrankung?**

Fortbewegung drinnen und draußen

Wir überprüfen, welche Auswirkungen Ihre Behinderung auf Ihre Möglichkeiten hat, sich fortzubewegen. Geben Sie bitte überall an, welche Schwierigkeiten Sie haben: keine Schwierigkeiten, leichte Schwierigkeiten, große Schwierigkeiten, unmöglich. Wenn die Schwierigkeiten in den letzten 30 Tagen nicht dauerhaft aufgetreten sind, teilen Sie mit, welche Schwierigkeiten Sie im Allgemeinen hatten.

- 1. Welche Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen, sich alleine, ohne Begleitperson, auf flachem Gelände ohne Pause und mit normaler Geschwindigkeit fortzubewegen?**
 - Keine Schwierigkeiten, Hilfsmittel nicht nötig
 - Leichte Schwierigkeiten, mäßiger Gebrauch von Hilfsmitteln
 - Große Schwierigkeiten, intensiver Gebrauch von Hilfsmitteln
 - Unmöglich ohne Hilfe von Dritten, ohne Unterbringung in einer angepassten Einrichtung oder ohne vollkommen angepasstem Umfeld

- 2. Welche Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen beim Treppensteigen, beim Umgehen eines Hindernisses oder beim Gleichgewicht halten?**
 - Keine Schwierigkeiten, Hilfsmittel nicht nötig
 - Leichte Schwierigkeiten, mäßiger Gebrauch von Hilfsmitteln
 - Große Schwierigkeiten, intensiver Gebrauch von Hilfsmitteln
 - Unmöglich ohne Hilfe von Dritten, ohne Unterbringung in einer angepassten Einrichtung oder ohne vollkommen angepasstem Umfeld

- 3. Welche Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen sich alleine, ohne Begleitperson, zu orientieren?**
 - Keine Schwierigkeiten, Hilfsmittel nicht nötig
 - Leichte Schwierigkeiten, mäßiger Gebrauch von Hilfsmitteln
 - Große Schwierigkeiten, intensiver Gebrauch von Hilfsmitteln
 - Unmöglich ohne Hilfe von Dritten, ohne Unterbringung in einer angepassten Einrichtung oder ohne vollkommen angepasstem Umfeld

- 4. Bitte teilen Sie uns mit, welche Hilfen Sie zur Fortbewegung benötigen:**

Eine Mahlzeit für sich zubereiten / einkaufen gehen

Wir überprüfen, welche Auswirkungen Ihre Behinderung auf Ihre Möglichkeiten hat, einkaufen zu gehen und eine Mahlzeit für sich zuzubereiten. Geben Sie bitte überall an, welche Schwierigkeiten Sie haben: keine Schwierigkeiten, leichte Schwierigkeiten, große Schwierigkeiten, unmöglich. Wenn die Schwierigkeiten in den letzten 30 Tagen nicht dauerhaft aufgetreten sind, teilen Sie mit, welche Schwierigkeiten Sie im Allgemeinen hatten.

- 1. Welche Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen, um einkaufen zu gehen, Ihre Mahlzeiten zuzubereiten und alleine zu essen?**

- Keine Schwierigkeiten, Hilfsmittel nicht nötig
- Leichte Schwierigkeiten, mäßiger Gebrauch von Hilfsmitteln
- Große Schwierigkeiten, intensiver Gebrauch von Hilfsmitteln
- Unmöglich ohne Hilfe von Dritten, ohne Unterbringung in einer angepassten Einrichtung oder ohne vollkommen angepasstem Umfeld

2. Teilen Sie uns bitte mit, welche Hilfen Sie beim Zubereiten Ihrer Mahlzeiten / Einkaufen gehen in Anspruch nehmen

Sich waschen, sich baden, sich an- und ausziehen

Wir überprüfen, welche Auswirkungen Ihre Behinderung auf Ihre Möglichkeiten hat, sich zu waschen, sich zu kleiden und auf die Toilette zu gehen. Geben Sie bitte überall an, welche Schwierigkeiten Sie haben: keine Schwierigkeiten, leichte Schwierigkeiten, große Schwierigkeiten, unmöglich. Wenn die Schwierigkeiten in den letzten 30 Tagen nicht dauerhaft aufgetreten sind, teilen Sie mit, welche Schwierigkeiten Sie im Allgemeinen hatten.

1. Welche Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen, um sich zu waschen und sich vollständig anzuziehen?

- Keine Schwierigkeiten, Hilfsmittel nicht nötig
- Leichte Schwierigkeiten, mäßiger Gebrauch von Hilfsmitteln
- Große Schwierigkeiten, intensiver Gebrauch von Hilfsmitteln
- Unmöglich ohne Hilfe von Dritten, ohne Unterbringung in einer angepassten Einrichtung oder ohne vollkommen angepasstem Umfeld

2. Welche Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen beim Toilettengang?

- Keine Schwierigkeiten, Hilfsmittel nicht nötig
- Leichte Schwierigkeiten, mäßiger Gebrauch von Hilfsmitteln
- Große Schwierigkeiten, intensiver Gebrauch von Hilfsmitteln
- Unmöglich ohne Hilfe von Dritten, ohne Unterbringung in einer angepassten Einrichtung oder ohne vollkommen angepasstem Umfeld

3. Teilen Sie uns bitte mit, welche Hilfen Sie in Anspruch nehmen, um sich zu waschen, sich zu baden, sich an- und auszuziehen

Den Haushalt führen

Wir überprüfen, welche Auswirkungen Ihre Behinderung auf Ihre Möglichkeiten hat, den Haushalt zu führen. Geben Sie bitte überall an, welche Schwierigkeiten Sie haben: keine Schwierigkeiten, leichte Schwierigkeiten, große Schwierigkeiten, unmöglich. Wenn die Schwierigkeiten in den letzten 30 Tagen nicht dauerhaft aufgetreten sind, teilen Sie mit, welche Schwierigkeiten Sie im Allgemeinen hatten.

1. Welche Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen, Ihren Haushalt zu führen?

- Keine Schwierigkeiten, Hilfsmittel nicht nötig
- Leichte Schwierigkeiten, mäßiger Gebrauch von Hilfsmitteln
- Große Schwierigkeiten, intensiver Gebrauch von Hilfsmitteln
- Unmöglich ohne Hilfe von Dritten, ohne Unterbringung in einer angepassten Einrichtung oder ohne vollkommen angepasstem Umfeld

2. Bitte teilen Sie uns mit, welche Hilfen Sie bei der Führung Ihres Haushalts in Anspruch nehmen

Jemand schaut nach Ihnen

1. Bitte beantworten Sie die Fragen auf dieser Seite Welche Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen, um mit neuen unvorhersehbaren Situationen umzugehen, wie z.B. eine Gefahr erkennen und ihr alleine aus dem Weg gehen?

- Keine Schwierigkeiten, Hilfsmittel nicht nötig
- Leichte Schwierigkeiten, mäßiger Gebrauch von Hilfsmitteln
- Große Schwierigkeiten, intensiver Gebrauch von Hilfsmitteln
- Unmöglich ohne Hilfe von Dritten, ohne Unterbringung in einer angepassten Einrichtung oder ohne vollkommen angepasstem Umfeld

2. Welche Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen, um alleine zu leben, selbst Ihre Güter zu verwalten und selbst auf Ihre Gesundheit zu achten, wie z.B. Ihre Medikamente einzunehmen?

- Keine Schwierigkeiten, Hilfsmittel nicht nötig
- Leichte Schwierigkeiten, mäßiger Gebrauch von Hilfsmitteln
- Große Schwierigkeiten, intensiver Gebrauch von Hilfsmitteln
- Unmöglich ohne Hilfe von Dritten, ohne Unterbringung in einer angepassten Einrichtung oder ohne vollkommen angepasstem Umfeld

3. Teilen Sie uns bitte mit, welche Hilfen Sie in Anspruch nehmen, damit jemand nach Ihnen schaut

Mit anderen kommunizieren

Wir überprüfen, welche Auswirkungen Ihre Behinderung auf Ihre Möglichkeiten hat, mit den anderen zu kommunizieren. Geben Sie bitte überall an, welche Schwierigkeiten Sie haben: keine Schwierigkeiten, leichte Schwierigkeiten, große Schwierigkeiten, unmöglich. Wenn die Schwierigkeiten in den letzten 30 Tagen nicht dauerhaft aufgetreten sind, teilen Sie mit, welche Schwierigkeiten Sie im Allgemeinen hatten.

1. Welche Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen, um eine Beziehung mit einer unbekanntem Person einzugehen und zu unterhalten und Ihre Bedürfnisse und Gefühle auszudrücken?

- Keine Schwierigkeiten, Hilfsmittel nicht nötig
- Leichte Schwierigkeiten, mäßiger Gebrauch von Hilfsmitteln
- Große Schwierigkeiten, intensiver Gebrauch von Hilfsmitteln
- Unmöglich ohne Hilfe von Dritten, ohne Unterbringung in einer angepassten Einrichtung oder ohne vollkommen angepasstem Umfeld

2. Welche Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen, um jemanden zu sehen, zu hören oder zu verstehen?

- Keine Schwierigkeiten, Hilfsmittel nicht nötig
- Leichte Schwierigkeiten, mäßiger Gebrauch von Hilfsmitteln
- Große Schwierigkeiten, intensiver Gebrauch von Hilfsmitteln
- Unmöglich ohne Hilfe von Dritten, ohne Unterbringung in einer angepassten Einrichtung oder ohne vollkommen angepasstem Umfeld

3. Bitte teilen Sie uns mit, welche Hilfen Sie in Anspruch nehmen, um mit anderen Leuten zu kommunizieren

Weitere Informationen darüber, wie Ihre Beeinträchtigung oder Behinderung Sie einschränken

- 1. Welche Aktivitäten können Sie aufgrund Ihrer gesundheitlichen Probleme nicht mehr ausüben, was Ihr Wohlbefinden beeinträchtigt? Wenn diese Aktivitäten in den vorangegangenen Fragen noch nicht erwähnt wurden, können Sie diese hier angeben. Berücksichtigen Sie auch das, was gesunde Personen gleichen Alters mit normalem Gesundheitszustand machen können.**

- 2. Bitte beschreiben Sie mit eigenen Worten auf welche Weise Ihre Krankheit oder Behinderung Sie einschränken, (was Sie uns hier an anderer Stelle nicht mitteilen konnten).**

Einverständniserklärung

Bitte teilen Sie uns mit, ob Sie unseren Bedingungen zustimmen oder nicht.

Es ist möglich, dass wir mit Ihrem Hausarzt, mit Organisationen oder Personen Kontakt aufnehmen, die uns weitere Informationen zu Ihrem Antrag geben können. Diese Informationen können medizinischer oder finanzieller Art (in Bezug auf Ihre Anfrage) sein. Sie sind nicht verpflichtet, hierzu Ihr Einverständnis zu geben. Wenn Sie nicht einverstanden sind, weisen wir Sie jedoch darauf hin, dass es möglich wäre, dass wir nicht über genügend Informationen verfügen könnten, um zu bestimmen, dass Sie die Gewährungsbedingungen in Bezug auf Ihren Antrag erfüllen.