

Aperçu des demandes myhandicap.belgium.be – Carte de stationnement

Attention: ce questionnaire est conçu comme un outil d'aide pour les assistants sociaux. Le formulaire papier n'est pas valable pour introduire une demande. Celle-ci peut uniquement être introduite par www.myhandicap.belgium.be.

Avant de débiter le questionnaire:

Pour faire une demande en ligne, vous devez avoir à votre disposition les données du demandeur suivantes:

- Le numéro du registre national;
- Le nom et le prénom du médecin traitant;
- Le numéro de compte.

Identification de la personne

Données personnelles

1. Numéro du Registre national

- ➔ Les données sont remplies automatiquement (nom, adresse, ...)
Pour la demande d'une carte de stationnement, la composition de famille n'est pas communiquée au SPF.

2. Votre adresse postale est-elle la même que l'adresse de votre domicile ?

Si votre adresse postale est différente de l'adresse de votre domicile, décochez la case. Indiquez ci-dessous votre adresse postale:

Pays
Code postal
Ville
Rue
Numéro
Boîte postale
Land

3. Données de contact

Dans cette rubrique, nous vous demandons d'indiquer vos données de contact.

Nous avons besoin du nom de votre médecin de famille/spécialiste pour pouvoir demander directement auprès de lui des informations médicales. Si vous n'avez pas de médecin, informez-vous auprès de votre mutualité pour ouvrir un dossier chez un médecin ou dans une maison médicale. Vous pouvez également vous adresser à votre CPAS si vous avez besoin d'une aide financière ou autre pour le faire. Si cette demande concerne votre enfant, vous devez également indiquer les données de contact de son médecin. Si votre enfant a un dossier médical global chez votre médecin de famille, indiquez le nom du médecin de famille. Il ou elle dispose en effet d'une vue d'ensemble de la situation médicale de votre enfant. Si le handicap de votre enfant est suivi par un médecin spécialiste, indiquez le nom du médecin spécialiste.

Vous pouvez également désigner une personne qui vous assistera lors de l'introduction de votre demande et pour toutes les démarches administratives y relatives.

3.1 Comment préférez-vous être contacté par notre service ?

- Courrier électronique
- Entretien individuel
- Lettre
- Téléphone
- Autre

3.2 Votre type de téléphone :

- Ligne fixe
- Mobile

3.3 Numéro de téléphone (code du pays / zone / numéro) (landcode / zone / nummer)

3.4 Adresse électronique

3.5 Dans quelle langue préférez-vous communiquer ? Allemand, Français, Néerlandais

Autres données de contact

1. Indiquez le nom de famille et le prénom de votre médecin de famille ou de votre médecin spécialiste

Attention: il est important que le médecin traitant ait les informations médicales récentes de la personne. Si ce n'est pas le cas, nous recommandons que le demandeur prenne au plus vite un rendez-vous avec son médecin traitant.

2. Avez-vous un représentant légal ?

Numéro national du représentant légal

Titre

Comment le représentant légal préfère-t-il être contacté par nos services ?

- Courrier électronique
- Entretien individuel
- Lettre
- Téléphone
- Autre

Numéro de téléphone (code du pays / zone / numéro)

Adresse électronique

Dans quelle langue le représentant légal préfère-t-il communiquer ?

Si le numéro du registre national du représentant légal n'est pas connu, veuillez compléter ses données:

Prénom

Nom de famille

Date de naissance

Adresse

Code postal

Ville

Rue

Numéro

Boîte postale

3. Voulez-vous désigner une personne qui vous assistera dans les contacts avec notre service ?

- Médecin
- Membre de la famille
- Une personne de mon entourage (connaissance, voisin, ami, ...),
- Travailleur social
- Autre

Numéro national de la personne de contact

Titre

Comment la personne de contact préfère-t-elle être contactée par nos services ?

- Courrier électronique
- Entretien individuel
- Lettre
- Téléphone

- Autre

Numéro de téléphone (code du pays / zone / numéro)

Adresse électronique

Dans quelle langue la personne de contact préfère-t-elle communiquer ? Allemand, Français, Néerlandais

Si le numéro du registre national de la personne de contact n'est pas connu, veuillez compléter ses données:

Prénom

Nom de famille

Date de naissance

Adresse

Code postal

Ville

Rue

Numéro

Boîte postale

Informations sur votre état de santé

Nous examinons l'impact de votre maladie ou handicap sur les possibilités de vous déplacer.

Conditions permettant un traitement prioritaire de votre demande

Dans certaines situations très précaires, nous traitons le dossier en priorité et nous décidons le plus souvent « sur pièces ». Cela signifie que nous prenons une décision sur base des informations que vous nous avez transmises et que vous ne devez plus vous présenter pour subir un examen dans l'un de nos centres médicaux.

Situations où nous traitons votre dossier de façon prioritaire:

- 1. Recevez-vous à l'hôpital régulièrement un traitement de radiothérapie ou de chimiothérapie ?**
- 2. Suite à un traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie, avez-vous un suivi quotidien à domicile par une équipe d'infirmières et de soignants ?**
- 3. Etes-vous atteint d'une sclérose latérale amyotrophique appelée aussi SLA ?**

Se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur

Nous vérifions quel est l'impact de votre handicap sur les possibilités de vous déplacer. Vous devez indiquer à chaque fois les difficultés que vous avez : aucune difficulté, difficultés mineures, grandes difficultés ou impossibilité totale. Si les difficultés ne se sont pas manifestées de manière constante

durant les 30 derniers jours, indiquez quelles ont été en général les difficultés que vous avez rencontrées.

1. Durant les 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous eues pour : marcher seul sans accompagnant sur terrain plat sans s'arrêter et à vitesse normale?

- Aucune difficulté, pas de nécessité d'aides spéciales
- Difficultés mineures, utilisation modérée d'aides spéciales
- Grandes difficultés, utilisation intensive d'aides spéciales
- Impossibilité sans l'aide de tiers, sans accueil dans une institution adaptée ou sans cadre de vie entièrement adapté

2. Décrivez le type d'aide dont vous avez besoin pour vous déplacer

[Plus d'informations sur l'impact de votre affection ou de votre handicap](#)

1. Décrivez avec vos mots de quelle manière votre handicap et/ou votre maladie vous affectent et que vous n'avez pas pu nous communiquer ailleurs dans ce questionnaire.

Consentement

Veillez indiquer si vous consentez à nos termes ou pas.

Il se pourrait que nous prenions contact avec votre médecin traitant, des organisations ou des personnes pouvant nous informer sur votre demande. Ces informations peuvent être de nature médicale et financière en rapport avec votre demande. Vous n'êtes pas dans l'obligation de donner votre accord pour que nous demandions ces informations. Si vous n'êtes pas d'accord, sachez cependant qu'il se peut que nous n'obtenions pas les informations nécessaires pour pouvoir établir que vous remplissez les conditions d'octroi en rapport avec votre demande.