

## Aperçu des questions pour la demande d'une allocation pour adultes avec évaluation du handicap (visite médicale)

Dans cet aperçu vous trouverez toutes les questions du questionnaire en ligne de My Handicap. Selon les réponses données, certaines questions disparaîtront quand vous remplissez le questionnaire dans My Handicap. Ce document sert d'aide pour mieux préparer l'intake mais ne peut pas être utilisé comme formulaire de demande. Seuls les demandes introduites via l'outil en ligne My Handicap seront traitées par la DG Personnes handicapées.

### 1. Demande

Produit : Demande à l'administration communale (ou éventuellement une mutuelle) de l'argent/allocation avec visite médicale

Numéro de transaction :

Date d'enregistrement :

Date d'impression :

Répondez aux questions ci-dessous de la manière la plus complète et précise possible.

### 2. Données personnelles

#### 2.1. Identification et adresse officielle

Les données qui figurent ci-dessous proviennent de votre carte d'identité électronique.

Vous trouvez ci-dessous vos données personnelles

Numéro de registre national :

Prénom :

Nom :

Vous trouvez ci-dessous l'adresse où vous êtes domicilié officiellement.

Code postal :

Commune :

Rue :

Numéro :

Numéro de boîte :

### 3. Données de contact

3.1. Si votre adresse de résidence est différente de votre domicile (qui se trouve ci-dessus), veuillez indiquer votre adresse de résidence.

Pays

Code postal  
Commune  
Rue  
Numéro  
Numéro de boîte

### 3.2. Comment pouvons-nous vous contacter?

Par quel canal de préférence, pouvons-nous vous contacter ?

E-mail  
Téléphone fixe  
GSM

### 3.3. Dans quelle langue voulez-vous être contacté?

### 3.4. Avez-vous un représentant légal?

Oui (Indiquez les données de contact) Non

### 3.5. Voulez-vous indiquer une personne de contact?

Oui (Indiquez les données de contact) Non

### 3.6. Qui est votre médecin de famille ou spécialiste?

Prénom (obligatoire)  
Nom (obligatoire)  
Code postal  
Commune  
Rue  
Numéro  
Numéro de boîte

### 3.7. Avez-vous été victime d'une attaque terroriste sur le sol belge ?

Oui (spécifiez) Non

## 4. Informations de paiement

Quel est le numéro de votre compte à vue (un compte d'épargne n'est pas autorisé) que nous pouvons utiliser pour effectuer les éventuels paiements par virement ? Attention: le numéro de compte doit être à votre nom ou vous devez être au moins cotitulaire de ce compte.

IBAN (BE#####)

## 5. Votre composition de ménage

5.1. Séjournez-vous momentanément dans une institution ou dans un établissement de soins ?

Oui (Indiquez les données de contact + date d'admission) Non

### 5.2. Enfants à charge

(Vous devez donner la preuve de la caisse d'allocations familiales/de la rente alimentaire si le SPF Sécurité Sociale vous la demande)

Avez-vous un enfant/des enfants pour le(s)quel(s) vous percevez les allocations familiales?

Oui Non

Avez-vous un enfant/des enfants pour le(s)quel(s) vous percevez une rente alimentaire ?

Oui Non

Avez-vous un enfant/des enfants pour le(s)quel(s) vous payez une rente alimentaire ?

Oui Non

## 6. Les revenus

### 6.1. Vos revenus

6.1.1. Quels sont vos revenus actuels?

Veuillez marquer ci-dessous vos revenus actuels d'une croix. Plusieurs choix sont possibles.

Traitement ou salaire

Revenus d'indépendant

Indemnité de maladie ou d'invalidité (mutuelle)

Allocations de chômage

Pension

Pension étrangère

Accident de travail

Maladie professionnelle

Rente alimentaire

Moyens d'existence, aide du CPAS

Aucun

Autre

6.1.2. Une partie de vos revenus a-t-elle disparu récemment sans être remplacée ?

Oui (Spécifiez le type de revenu + date de changement) Non

6.1.3. Vos revenus de remplacement ont-ils récemment augmenté ou diminué suite à une modification de votre composition de ménage, de votre état civil ou de charge d'enfants ?

Oui (Spécifiez le type de revenu + date de changement) Non

6.1.4. Avez-vous demandé une prestation et votre demande est-elle encore actuellement en traitement?

Oui (Spécifiez la prestation et l'organisation où vous l'avez demandé) Non

6.1.5. Indemnisation suite à un accident

Avez-vous reçu une indemnisation suite à un accident ?

Oui Non

Y a-t-il une enquête en cours afin d'obtenir une indemnisation suite à un accident?

Oui Non

6.1.6. Disposez-vous d'une épargne ou d'investissements ?

Oui Non

Quel est le montant de l'épargne ou des investissements dont vous disposez ?

Les questions sur votre épargne ou investissements (6.1.6 & 6.2.5) vous seront uniquement posées si vous demandez une allocation pour l'aide aux personnes âgées (65+) (Wallonie ou Bruxelles). Pour d'autres allocations, vous ne devez pas répondre à cette question.

Dans My Handicap il y a une vérification automatique de l'âge et le lieu de résidence du demandeur. De personnes âgées de plus de 65 ans qui habitent en Flandre ne pourront pas utiliser My Handicap pour leur demande d'allocation mais doivent demander le 'zorgbudget voor ouderen met een zorgnood' auprès de leur caisse de soins.

6.2. Habitez-vous avec un(e) partenaire?

Oui Non

6.2.1. Quels sont les revenus actuels de votre partenaire?

Veuillez marquer ci-dessous d'une croix les revenus actuels de votre partenaire. Plusieurs choix sont possibles.

Traitement ou salaire

Revenus d'indépendant

Indemnité de maladie ou d'invalidité (mutuelle)

Allocations de chômage

Pension

Pension étrangère

Accident de travail

Maladie professionnelle

Rente alimentaire

Moyens d'existence, aide du CPAS

Aucun

Autre

6.2.2. Une partie des revenus de votre partenaire a-t-elle récemment disparu sans être remplacée ?

Oui (Spécifiez le type de revenu + date de changement) Non

6.2.3. Les revenus de remplacement de votre partenaire ont-ils récemment augmenté ou diminué suite à une modification de votre composition de ménage, un changement de votre état civil ou de la charge d'enfant ?

Oui (Spécifiez le type de revenu + date de changement) Non

6.2.4. Votre partenaire a-t-il(elle) introduit une demande de prestation et cette demande est-elle encore actuellement en traitement?

Oui (Spécifiez la prestation et l'organisation où vous l'avez demandé) Non

6.2.5. Votre partenaire dispose-t-il(elle) d'une épargne ou d'investissements ?

Oui Non

Quel est le montant de l'épargne ou des investissements dont dispose votre partenaire ?

## 7. Informations sur votre état de santé

Nous voulons savoir quel est l'impact de votre handicap sur votre vie quotidienne. Veuillez renseigner les difficultés que vous éprouvez : aucune, petites, grosses ou impossible à exécuter. Si les difficultés ne se sont pas manifestées constamment ces 30 derniers jours, indiquez quelles étaient généralement vos difficultés . Veuillez donner des exemples concrets.

### 7.1. Situations dans lesquelles nous traitons le dossier en priorité

Dans des situations déterminées et très précaires, nous traitons le dossier de manière accélérée et la plupart du temps nous prenons une décision sur pièces. "Sur pièces" signifie que nous prenons une décision sur base des informations que vous nous avez envoyées et que vous ne devez plus venir pour une évaluation médicale dans un de nos centres médicaux.

Suivez-vous un traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie à l'hôpital ?

Oui Non

Recevez-vous, dans le cadre d'une chimiothérapie ou d'une radiothérapie, des soins quotidiens à domicile par des infirmiers ou aides-soignants ?

Oui Non

Souffrez-vous d'une aggravation rapide d'une affection dégénérative ou neurologique ?

Oui Non

## 7.2. Vous déplacer à l'intérieur et à l'extérieur de la maison

7.2.1. Au cours des 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous rencontrées pour marcher seul sans l'aide de qui que ce soit et sur terrain plat, sans vous arrêter et à un rythme normal ?

7.2.2. Durant les 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous rencontrées pour monter les escaliers, pour éviter un obstacle ou garder votre équilibre ?

7.2.3. Au cours des 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous éprouvées pour trouver votre chemin tout seul sans l'aide de quelqu'un d'autre ?

## 7.3. Cuisiner et faire les courses pour vous-même

Nous voulons savoir quel est l'impact de votre handicap sur vos possibilités de faire des courses et de manger. Veuillez renseigner les difficultés que vous éprouvez : aucune, petites, grosses ou impossible à exécuter. Si les difficultés ne se sont pas manifestées constamment ces 30 derniers jours, indiquez quelles étaient généralement vos difficultés .

7.3.1. Au cours de ces 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous éprouvées pour faire des courses tout seul, pour cuisiner ou pour manger ?

## 7.4. Vous laver et vous habiller

Nous voulons savoir quel est l'impact de votre handicap sur vos possibilités de vous laver, de vous habiller et d'aller à la toilette. Veuillez renseigner les difficultés que vous éprouvez : aucune, peu, grandes ou impossible à exécuter. Si ces difficultés ne se sont pas manifestées constamment ces 30 derniers jours, indiquez quelles étaient en général vos difficultés.

7.4.1. Au cours de ces 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous éprouvées pour vous habiller et vous déshabiller ?

7.4.2. Au cours de ces 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous éprouvées pour utiliser les toilettes ?

## 7.5. Entretien de votre maison

Nous voulons savoir quel est l'impact de votre handicap sur vos possibilités de faire du ménage. Vous indiquez quelles difficultés vous avez : aucune, peu, grandes ou impossible à exécuter. Si les difficultés ne se sont pas manifestées constamment ces 30 derniers jours, indiquez alors quelles étaient vos difficultés en général.

7.5.1. Durant les 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous eues pour vous occuper de l'entretien de votre maison ?

## 7.6. Surveillance

Dans les 2 premières questions, nous examinerons quel est l'impact de votre handicap sur vos possibilités de vivre seul.

7.6.1. Durant ces 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous éprouvées pour faire face seul à des situations nouvelles et inattendues ? Par exemple : pouvoir soi-même évaluer un danger et pouvoir l'éviter.

7.6.2. Durant les 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous eues pour : vivre seul, gérer seul vos biens et prendre seul soin de votre santé comme prendre votre traitement ?

## 7.7. Communiquer avec les autres

Nous examinons quel est l'impact de votre handicap sur vos possibilités de communiquer.

7.7.1. Durant les 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous eues pour : créer et entretenir une relation avec une personne inconnue et pouvoir exprimer vos besoins et vos émotions ?

7.7.2. Durant ces 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous éprouvées pour voir quelqu'un d'autre, entendre et comprendre ?

## 7.8. Plus d'informations sur l'impact de votre maladie ou de votre infirmité

Quelles activités ne pouvez-vous plus faire du fait de vos problèmes de santé et qui ont une influence négative sur votre bien-être ? Si elles n'ont pas encore été abordées dans les questions précédentes, vous pouvez les décrire ici.

Décrivez avec vos propres mots quelles sont les conséquences de votre maladie ou de votre infirmité sur vos activités quotidiennes.

## 8. Emplois actuel et passés

Sur base de votre dernier emploi et de votre emploi actuel, nous pouvons nous faire une idée des aptitudes que vous avez acquises. Nous ne tenons pas compte des emplois que vous avez occupés pendant moins de six mois, parce que nous considérons que la période est trop courte pour pouvoir acquérir des aptitudes.

**Question 8 de ce questionnaire ne doit pas être remplie par ceux qui demandent une allocation pour l'aide aux personnes âgées (65+ Wallonie et Bruxelles).**

8.1. Qu'est ce qui décrit le mieux votre situation actuelle?

8.2. Si vous ne travaillez plus, quand avez-vous arrêté de travailler?

(jj/mm/aaaa)

8.3. Quel était le dernier travail que vous avez occupé, ou que vous occupez encore depuis au moins 6 mois ?

8.4. Si vous n'avez jamais travaillé ou si vous avez arrêté de travailler, est-ce en raison de votre état de santé ?

Oui Non Pas d'application



8.5. Avez-vous pour cela exécuté un autre type de travail durant au moins 6 mois?

Oui Non Pas d'application

8.6. Quels diplômes ou certificats avez-vous reçus durant vos études ou vos formations?

8.7. Est-il nécessaire que vous ayez un poste adapté pour pouvoir garder votre emploi actuel ? Ou travaillez-vous dans un atelier protégé ?

Oui Non Pas d'application

8.8. Quelle organisation vous aide à garder votre emploi ou à trouver un emploi?

VDAB

Actiris

Forem

CPAS

AVIQ

Arbeitsamt der DG Dienststelle Personen mit Behinderung

Autre

Aucun

## 9. Aide au remplissage de ce questionnaire

Qui vous a aidé à compléter ce questionnaire?

## 10. Accord

Indiquez si vous êtes d'accord avec nos conditions. Si vous donnez votre accord et si nous avons besoin d'informations complémentaires, nous prendrons contact directement avec votre médecin, les organisations ou personnes qui ont quelque chose à voir avec votre questionnaire. Il peut s'agir d'informations financières ou médicales. Si vous ne donnez pas votre accord, il se peut que nous n'ayons pas suffisamment d'informations pour traiter votre dossier.

## 11. Merci d'avoir complété ce formulaire

Vous pouvez conserver le formulaire d'intake en ligne (My Handicap) comme preuve de réception de votre demande.

Si vous avez demandé une allocation, nous examinons également votre situation administrative (composition de ménage, revenu, ?).

Si cela est nécessaire, nous vous convoquerons pour une évaluation médicale par un de nos médecins.

Nous vous tiendrons au courant de notre décision par courrier.

Si vous avez des question ou si vous voulez nous envoyer des informations complémentaires, prenez contact avec nous.

Vous trouverez nos données de contact sur notre site internet: <http://handicap.belgium.be>

o E-mail par formulaire de contact sur ce site.

o Par courrier

Service Public Fédéral Sécurité Sociale

Direction générale Personnes handicapées

Boulevard du Jardin Botanique 50 bte 150

1000 BRUXELLES

o Par téléphone : 0800 987 99 (du lundi au vendredi inclus, de 8 h 30 à 12 h 00)