

Aperçu des demandes [myhandicap.belgium.be](http://www.myhandicap.belgium.be) – AFS

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.

Afin d'introduire une demande pour des allocations familiales supplémentaires, le demandeur doit d'abord contacter la caisse d'allocations familiales ou la caisse d'assurances sociales qui paie ces allocations. La caisse nous informe de cette demande. Il recevra ensuite une lettre de la DG Personnes handicapées, précisant les prochaines étapes. Après avoir reçu cette lettre, vous pouvez compléter notre questionnaire en ligne pour demander la reconnaissance du handicap de l'enfant.

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
- La lettre qu'il a reçue de la DG Personnes handicapées

Identification de la personne

Données personnelles

1. Numéro du Registre national

➔ Les données sont remplies automatiquement (nom, adresse, composition de famille, ...)

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
Pays

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)

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

A propos de l'état de santé de l'enfant

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 votre enfant ne doit plus se présenter pour subir un examen dans l'un de nos centres médicaux.

Conditions permettant un traitement prioritaire de votre demande :

L'enfant suit-il un traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie à l'hôpital pour un cancer ou une leucémie ?

L'enfant est-il en soins palliatifs ?

A propos du handicap de l'enfant et de ses traitements médicaux

Nous examinons l'impact de la maladie ou du handicap de votre enfant sur ses activités quotidiennes (école, loisirs, ... adaptations au cadre de vie, ...).

De quelle maladie chronique, handicap ou malformation souffre votre enfant ?

Depuis quand est-il atteint de cette maladie, handicap ou malformation ? (mm/aaaa)

L'enfant reçoit-t-il un traitement important (médicaments, aérosols, sondages, soins,...) à domicile d'une durée d'au moins 6 mois ? Si oui : Décrivez le traitement ainsi que sa fréquence (par jour, par semaine, par mois)

A propos des activités de l'enfant : apprentissage, enseignement, fréquentation scolaire

Nous examinons l'impact du handicap ou de l'affection de votre enfant sur ses possibilités de suivre un enseignement.

L'enfant suit-il un enseignement adapté ou spécialisé ?

Si oui :

Veillez fournir le nom de l'établissement :

Depuis quand l'enfant suit-il un enseignement adapté ou spécialisé ? (mm/aaaa)

Quel type d'enseignement spécialisé ou adapté suit l'enfant ?

L'enfant présente-t-il des troubles du comportement ou éprouve des difficultés pour se faire des amis ?

En raison de son comportement ou d'une maladie grave l'enfant est-il contraint de suivre un enseignement adapté en INTERNAT, ou à DOMICILE ou à L'HÔPITAL ?

Décrivez les problèmes comportementaux .

A propos des activités de l'enfant : communiquer avec les autres

Nous examinons si votre enfant, en raison de son handicap ou de son affection, a beaucoup plus de difficultés pour communiquer que des enfants de même âge.

L'enfant présente des difficultés importantes pour comprendre, parler, lire, écrire dans sa langue maternelle ?

L'enfant présente des troubles de la vue et/ou de l'audition ?

A propos des activités de l'enfant : se déplacer à l'intérieur / à l'extérieur

Nous examinons si votre enfant, en raison de son handicap ou de son affection, a beaucoup plus de difficultés pour se déplacer que des enfants de même âge, est moins habile ou a plus de difficultés à participer à des activités.

L'enfant en âge de marcher, présente-t-il des difficultés pour se déplacer ou pour franchir un obstacle ?

Pour les bébés, le pédiatre vous a-t-il informé d'un retard dans son développement ?

Si oui : Quels sont les moyens d'aide utilisés par l'enfant pour se déplacer ? : 1 attelle/ orthèse, 1 béquille, 1 prothèse, 2 attelles/orthèses, 2 béquilles, 2 prothèses, bottines orthopédiques, chaise coque, chaise roulante.

Votre enfant présente-t-il des difficultés pour manipuler des objets avec ses mains ou de la maladresse en raison de son affection ou handicap ?

L'enfant participe-t-il avec difficulté à des jeux ou activités sportives ?

A propos des activités de l'enfant : être propre et se nourrir

Nous examinons si votre enfant, en raison de son handicap ou de son affection, a beaucoup plus de difficultés que des enfants de même âge pour se laver, s'habiller et se nourrir.

L'enfant présente-t-il des difficultés pour se laver et s'habiller par rapport à un enfant du même âge ?

L'enfant a-t-il besoin d'une aide considérable pour se nourrir par rapport à un autre enfant du même âge ou doit-il suivre un régime alimentaire strict ?

L'enfant a-t-il besoin d'aide pour aller aux toilettes ou présente-t-il des problèmes d'incontinence par rapport à un enfant du même âge ?

Plus d'informations

Nous demandons ici d'indiquer l'aide concrète que votre famille apporte à votre enfant atteint d'un handicap ou d'une affection.

A propos de votre contribution et celle de votre famille aux soins pour l'enfant

Décrivez les aides concrètes de la famille pour permettre à l'enfant de réaliser des activités de base de la vie quotidiennes, soutenir sa scolarité et sa participation aux loisirs, en raison et malgré son handicap.

Plus d'informations à propos de la manière dont son affection ou son handicap affectent votre enfant

Décrivez avec vos mots de quelle manière le handicap et/ou la maladie de votre enfant l'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.