

Aperçu des questions pour la demande des allocations familiales supplémentaires

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 : Intake AFS

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 de l'enfant

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 de l'enfant

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. L'enfant a-t-il 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 le médecin de famille ou spécialiste de l'enfant?

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

3.7. Avez-vous été victime d'une attaque terroriste reconnu par l'état belge ?

Oui (spécifiez) Non

4. Concernant les circonstances qui justifient un traitement accéléré.

L'enfant a-t-il un cancer ou une leucémie pour lequel/laquelle il doit se rendre régulièrement à l'hôpital pour une chimiothérapie ou une radiothérapie?

Oui Non

L'enfant reçoit-il des soins palliatifs?

Oui Non

5. Concernant l'état de santé de votre enfant et ses traitements médicaux.

Nous cherchons à savoir quel est l'impact émotionnel du handicap de votre enfant sur ses activités quotidiennes (école, temps libre,?). Nous vérifions aussi les conséquences pour la famille (déplacements pour traitements médicaux, adaptation à l'environnement,?).

Devez-vous aller avec votre enfant chez le thérapeute (logopédie, kinésithérapie, ergothérapie, psychothérapie,?) ?

Oui Non

Si oui:

- Combien de fois par semaine:
 - Moins d'1 fois par semaine
 - 1 fois par semaine
 - 2 fois par semaine
 - 3 à 4 fois par semaine

- Depuis quand devez-vous aller avec votre enfant chez le thérapeute?*

6. Concernant les activités et l'apprentissage de votre enfant : apprendre, étudier, aller à l'école

Nous cherchons à savoir quel est l'impact du handicap ou de l'affection de votre enfant sur ses possibilités de suivre l'enseignement.

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

Oui Non Pas d'application

Si oui:

Veillez donner le nom de l'institut*:

Depuis quand l'enfant suit-il un enseignement adapté ou particulier?*

Quel type d'enseignement adapté ou particulier l'enfant suit-il*:

Type 1

Type 2

Type 3

Type 4

Type 5

Type 6

Type 7

Type 8

Type 9

Autre: Explicitez quel type d'enseignement (M-decreet, bednet, GON begeleiding, ...)*:

Votre enfant a-t-il des problèmes de comportement ou éprouve-t-il des difficultés à se faire des amis? *

Oui - Non - Pas d'application

Si oui, décrivez les problèmes de comportement*:

Votre enfant est-il, en raison de son comportement ou sa maladie, amené à suivre un enseignement adapté en internant, à la maison ou à l'hôpital?*

Oui - Non - Pas d'application

7. Concernant les activités et l'apprentissage de votre enfant : communication avec les autres

Nous voulons savoir si, du fait de son handicap ou de son affection, votre enfant éprouve beaucoup plus de difficultés à communiquer que les autres enfants du même âge.

7.1. Votre enfant a-t-il des difficultés avec la langue (comprendre, parler, lire ou écrire)?

Oui Non

Si oui, décrivez les difficultés*:

7.2. Votre enfant manifeste-t-il des difficultés en ce qui concerne son audition?

Oui Non

Si oui, décrivez les difficultés*:

8. Concernant les activités et l'apprentissage: se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur de la maison

Nous voulons savoir si votre enfant, du fait de son handicap ou de son affection, a considérablement plus de difficultés à se déplacer que les autres enfants du même âge, s'il est moins adroit ou a plus de difficultés à participer aux activités.

8.1. A l'âge de commencer à marcher, votre enfant avait-il des difficultés pour se déplacer ou pour passer un obstacle? Dans le cas où votre enfant est encore un bébé, le pédiatre vous a-t-il informé d'un retard de développement?

Oui Non

Quels moyens l'enfant utilise-t-il pour se déplacer?*

Aucun

1 béquille

1 prothèse

1 attelle ou des orthèses

2 béquilles

2 prothèses

2 attelles ou orthèses

Des chaussures orthopédiques

Une chaise roulante

8.2. L'enfant a-t-il des difficultés pour manipuler des objets ou est-il moins adroit à cause de son infirmité ?

Oui Non Pas d'application

Si oui, décrivez les difficultés*:

8.3. Votre enfant éprouve-t-il des difficultés pour participer à des jeux ou à des activités sportives?

Oui Non Pas d'application

Si oui, décrivez les difficultés*:

9. Concernant les activités et l'apprentissage: hygiène personnelle et alimentation

Nous voulons savoir si votre enfant, du fait de son handicap ou de son affection, éprouve beaucoup plus de difficultés que les autres enfants de son âge pour se laver, s'habiller ou manger.

9.1. Votre enfant a-t-il, comparé à un autre enfant de son âge, des difficultés à se laver lui-même ou à s'habiller ?

Oui Non Pas d'application

Si oui, décrivez les difficultés*:

9.2. Votre enfant a-t-il, comparé à un enfant de son âge, besoin d'aide pour manger ou doit-il suivre un régime spécial ?

Oui Non Pas d'application

Si oui, décrivez les difficultés*:

9.3. Comparé à un enfant de son âge, votre enfant a-t-il des difficultés pour aller à la toilette ou présente-t-il des signes d'incontinence?

Oui Non Pas d'application

Si oui, décrivez les difficultés*:

10. Concernant le soutien que vous et votre famille donnez à votre enfant

Décrivez ce que votre famille fait pour faire en sorte que votre enfant puisse participer à des activités journalières, école, activités et loisirs, malgré sa situation.

11. Plus concernant la manière dont votre enfant est affecté par sa maladie ou son infirmité

Décrivez avec vos propres mots la façon dont votre enfant est affecté par sa maladie ou son infirmité, s'il y a des choses que vous n'avez pas encore mentionnées dans ce formulaire.

11. Aide au remplissage de ce questionnaire

Qui vous a aidé à compléter ce questionnaire?

12. 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.

13. Merci d'avoir complété ce formulaire

Vous pouvez conserver ce formulaire 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 questions 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>

E-mail par formulaire de contact sur ce site.

Par courrier
Service Public Fédéral Sécurité Sociale
Direction générale Personnes handicapées
Boulevard du Jardin Botanique 50 bte 150
1000 BRUXELLES

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