

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

**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](http://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, 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  
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**

## 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

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

**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 contacté par nos services ?

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

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

Adresse électronique

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

## Paiements

Quel est **le numéro de votre compte à vue** (un compte d'épargne n'est pas autorisé), sur lequel nous pouvons effectuer d'éventuels paiements ? Attention : le compte doit être ouvert à votre nom ou vous devez en être au moins co-titulaire.

## IBAN

## À propos de votre situation personnelle

### Votre ménage

#### 1. Vivez-vous actuellement en institution ou dans un établissement de soins ? Oui – Non

##### 1.1 Comment s'appelle l'institution dans laquelle vous vivez?

Pays  
Code postal  
Ville  
Rue  
Numéro  
Numéro de téléphone  
Adresse électronique

### Vos revenus

#### 1. Quelles sont actuellement vos sources de revenus les plus importantes ?

- Accident du travail
- Chômage
- Indépendant
- Maladie et invalidité
- Maladie professionnelle
- Pension
- Pensions alimentaires reçues
- Salaires et traitements
- Aucun
- Autre

**2. Avez-vous récemment perdu une partie ou l'entièreté de vos revenus ?**

**Si oui, depuis quand ? (MM/AAAA)**

**Si non, Votre revenu a-t-il été récemment augmenté ou réduit suite à un changement de votre composition de famille ?**

**3. N'avez-vous (ou votre partenaire) jamais réclamé des dommages, la perception d'une assurance ou une compensation ?**

## Informations sur votre état de santé

Nous examinons l'impact de votre maladie ou handicap sur vos activités quotidiennes, telles que nettoyer, vous nourrir, vous laver et vous habiller, entretenir des contacts, ...

### Maladies et handicaps

**1. Quelle est votre principale affection ou votre principal handicap ?**

**2. Votre état de santé a-t-il changé durant les 3 derniers mois ?  
Si oui, est-ce que vous pouvez indiquer la date du changement ?**

### 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. Durant les 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous eues pour : monter un étage, éviter un obstacle ou garder votre équilibre ?**

- 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

**3. Durant les 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous eues pour vous orienter seul sans accompagnant?**

- 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

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

### Préparer votre nourriture / faire vos courses

Nous vérifions quel est l'impact de votre handicap sur les possibilités de préparer votre nourriture et faire vos courses. 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 : faire les courses, préparer vos repas et manger seul ?**

- 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. Dites-nous quels moyens vous utilisez pour vous aider à préparer vos repas / faire vos courses.**

#### Faire votre toilette, vous habiller et vous déshabiller

*Nous vérifions quel est l'impact de votre handicap sur les possibilités de vous laver, de vous habiller et d'aller aux toilettes. 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 : vous laver et vous habiller complètement ?**
- 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. Durant les 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous eues pour : utiliser les toilettes ?**
- 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
- 3. Dites-nous quels moyens vous utilisez pour vous aider à faire votre toilette, vous habiller ou vous déshabiller.**

#### Prendre soin de votre maison

*Nous vérifions quel est l'impact de votre handicap sur les possibilités d'effectuer des tâches ménagères. 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 : vous occuper de l'entretien de votre maison ?**
- 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. Dites-nous quels moyens vous utilisez pour vous aider à prendre soin de votre maison.**

[Quelqu'un prend soin de vous](#)

*Nous vérifions quel est l'impact de votre handicap sur vos possibilités de vivre de manière autonome. 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 : gérer des situations nouvelles inattendues comme reconnaître et fuir seul un danger ?**

- 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. 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 ?**

- 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

**3. Dites-nous quels moyens vous utilisez afin que quelqu'un puisse prendre soin de vous.**

[Communiquer avec les autres](#)

*Nous vérifions quel est l'impact de votre handicap sur vos possibilités de communiquer avec les autres. Vous devez indiquer à chaque fois les difficultés que vous avez : aucune difficulté, peu de difficultés, grandes difficultés ou impossibilité de le faire. 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 : créer et entretenir une relation avec une personne inconnue et pouvoir exprimer vos besoins et vos émotions ?**

- 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. Durant les 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous eues pour : voir, entendre ou comprendre autrui ?
    - 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
  3. Dites-nous quels moyens vous utilisez pour vous aider à communiquer avec les autres.

### Plus d'informations sur l'impact de votre affection ou de votre handicap

1. **Quelles sont les activités que vous ne pouvez plus faire en raison de vos problèmes de santé et qui ont un impact négatif sur votre bien-être? Si ces activités n'ont pas encore été évoquées dans les questions qui précèdent, vous pouvez les décrire ici. Pensez également à ce que des personnes de même âge, dont l'état de santé est normal, peuvent faire.**
  
2. **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 de famille, 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 l'information suffisante pour pouvoir établir que vous remplissez les conditions d'octroi en rapport avec votre demande.