

Überblick der Fragen eine Behilfe für Erwachsene mit medizinische Expertise

In dieser Übersicht finden Sie alle Fragen aus dem Online-Fragebogen in Mein Handicap. Abhängig von den gegebenen Antworten können einige Fragen nicht sichtbar sein.

Dieser Fragebogen ist als Hilfsmittel für Bürger und Sozialarbeiter gedacht. Das Papierformular gilt nicht als Antragsverfahren. Der Antrag kann nur elektronisch über My Handicap verschickt werden.

1. Antragstellung

Produkt :

Transaktionsnummer :

Datum der Registrierung :

Druckdatum :

Bitte füllen Sie nachstehende Fragen möglichst vollständig und genau aus.

2. Personendaten

2.1. Identitätsangaben und offizielle Adresse

Die nachstehenden Angaben stammen aus Ihrem elektronischen Personalausweis.

Nachstehend finden Sie Ihre Personendaten.

Nationalregisternummer :

Vorname :

Name :

Nachstehend finden Sie die Adresse Ihres offiziellen Wohnsitzes.

Postleitzahl :

Gemeinde :

Straße :

Nummer :

Postfach :

3. Kontaktinformationen

3.1. Bitte geben Sie hierunter Ihren Wohnsitz ein, wenn sich dieser von Ihrer (oben genannten) offiziellen Adresse unterscheidet.

Land

Postleitzahl

Gemeinde

Straße

Nummer

Postfach

3.2. Wie können wir Kontakt mit Ihnen aufnehmen?

Über welchen Kanal möchten Sie vorzugsweise von uns kontaktiert werden?

E-mail

Telefon (Festnetz)

Handy

3.3. In welcher Sprache möchten Sie kontaktiert werden?

3.4. Haben Sie einen Verwalter?

Ja (Geben Sie die Kontaktdaten ein) Nein

3.5. Möchten Sie eine Kontaktperson mitteilen?

Ja (Geben Sie die Kontaktdaten ein) Nein

3.6. Wer ist Ihr Haus- oder Facharzt?

Vorname (obligatorisches Feld)

Name (obligatorisches Feld)

Postleitzahl

Gemeinde

Straße

Nummer

Postfach

3.7. Sind Sie eine Opfer eines von dem Belgischen Staat erkannten Terroranschlags ?

Ja (Bitte spezifizieren Sie) Nein

3.8. Auf dem Aufkleber meiner Krankenkasse steht eine Zahl mit 3 Ziffern (Zum Beispiel : 402).

Was mich betrifft, ist diese Zahl

Für meinen Partner ist diese Zahl

4. Zahlungsinformationen

Was ist die Nummer Ihres Sichtkontos (Sparkonto ist nicht erlaubt), worauf wir etwaige Zahlungen überweisen dürfen? Achtung: Sie müssen Inhaber oder mindestens Mitinhaber dieses Kontos sein.

IBAN (BE#####)

5. Ihre familiäre Lage

5.1. Wohnen Sie derzeit in einer Einrichtung oder einem Pflegeheim?

Ja (Geben Sie die Kontaktdaten am + Startdatum ein) Nein

5.2. Kinder zu Lasten

(Wenn der FÖD Soziale Sicherheit Sie darum bittet, müssen Sie den Nachweis über den Bezug von Kindergeld/Alimenten vorlegen.)

Haben Sie Kinder, für die Sie Kindergeld beziehen?

Ja Nein

Haben Sie Kinder, für die Sie Alimente erhalten?

Ja Nein

Haben Sie Kinder, für die Sie Alimente bezahlen?

Ja Nein

5.3. Haben Sie Ihren wirklichen Wohnsitz in Belgien seit mindestens 10 Jahren, unter deren eine ununterbrochene Periode von mindestens 5 Jahren ?

Der wirkliche Wohnsitz in Belgien wird durch im Nationalregister eingetragene und bewahrte Informationen festgestellt.

Ja Nein

6. Das Einkommen

6.1. Ihr Einkommen

6.1.1. Wie hoch ist Ihr heutiges Einkommen?

Bitte kreuzen Sie hierunter Ihre heutigen Einkünfte an. Eine Mehrfachauswahl ist möglich.

Lohn oder Gehalt

Einkommen als Selbstständiger

Kranken- und Invaliditätsentschädigung (Krankenkasse)

Arbeitslosengeld

Pension

Ausländische Pension

Arbeitsunfall

Berufskrankheit

Alimente

Eingliederungseinkommen, Unterstützung des ÖSHZ

Keine

Anderer

6.1.2. Ist Ihr Einkommen kürzlich (teilweise) weggefallen und nicht ersetzt worden?

Ja (Angabe der Einkommensart + Änderungsdatum) Nein

6.1.3. Hat sich Ihr Ersatzeinkommen kürzlich infolge einer Änderung Ihrer Haushaltszusammensetzung, Ihres Familienstandes oder der Kinder zu Lasten erhöht oder verringert?

Ja (Angabe der Einkommensart + Änderungsdatum) Nein

6.1.4. Haben Sie eine Entschädigung beantragt, und wird der Antrag zurzeit bearbeitet?

Ja (Geben Sie die Leistung + Organisation an, bei der Sie sich beworben haben) Nein

6.1.5. Unfallentschädigung (Schadenersatzleistung)

Haben Sie eine Unfallentschädigung (Schadenersatzleistung) erhalten?

Ja Nein

Gibt es eine Überprüfung einer Unfallentschädigung (Schadenersatzleistung)?

Ja Nein

6.1.6. Verfügen Sie über Sparguthaben oder Anlagen?

Ja Nein

Über welches Sparguthaben oder welchen Anlagebetrag verfügen Sie?

Die Fragen nach Sparguthaben oder Anlagen (6.1.6 & 6.2.5) stellen sich nur, wenn Sie eine Beihilfe zur Unterstützung von Betagten (65+) beantragen und in Wallonien oder Brüssel leben. Dies wird für andere Leistungen nicht in Frage gestellt.

In My Handicap gibt es eine automatische Überprüfung von Alter und Wohnort. 65+'er, die in Flandern leben, müssen das „Pflegebudget für ältere Menschen mit Pflegebedarf“ (zorgbudget voor ouderen met een zorgnood) bei ihrer Krankenkasse beantragen und können keine Beihilfe in Mein Handicap beantragen.

6.2. Wohnen Sie mit einem Partner zusammen?

Ja Nein

6.2.1. Wie viel beträgt das heutige Einkommen Ihres Partners?

Bitte kreuzen Sie die heutigen Einkünfte Ihres Partners an. Eine Mehrfachauswahl ist möglich.

Lohn oder Gehalt

Einkommen als Selbstständiger

Kranken- und Invaliditätsentschädigung (Krankenkasse)

Arbeitslosengeld

Pension

Ausländische Pension

Arbeitsunfall

Berufskrankheit

Alimente

Eingliederungseinkommen, Unterstützung des ÖSHZ

Keine

Anderer

Erläutern Sie diese bitte hierunter:

6.2.2. Ist das Einkommen Ihres Partners kürzlich (teilweise) weggefallen und nicht ersetzt worden?

Ja Nein

Welche Einkünfte sind weggefallen?

Seit wann sind diese weggefallen? (dd/mm/yyyy)

6.2.3. Hat sich das Ersatzeinkommen Ihres Partners kürzlich infolge einer Änderung Ihrer Haushaltszusammensetzung, Ihres Familienstandes oder der Kinder zu Lasten erhöht oder verringert?

Ja Nein

Welche Einkünfte haben sich erhöht oder verringert?

Seit wann? (dd/mm/yyyy)

6.2.4. Hat Ihr Partner eine Entschädigung beantragt, und wird der Antrag zurzeit bearbeitet?

Ja Nein

Welche Entschädigung wurde beantragt? Welche Instanz wird diese Entschädigung bezahlen?

6.2.5. Verfügt Ihr Partner über Sparguthaben oder Anlagen?

Ja Nein

Über welches Sparguthaben oder welchen Anlagebetrag verfügt Ihr Partner?

6.2.5. Ihren Partner

Vorname Ihres Partners:

Name Ihres Partners:

7. Informationen über Ihren Gesundheitszustand

Wir untersuchen die Auswirkung Ihrer Behinderung auf Ihren Alltag. Geben Sie bitte an, mit welchen Schwierigkeiten Sie zu kämpfen haben: keine, leichte, große, oder unmöglich. Wenn die Schwierigkeiten in den letzten 30 Tagen nicht ununterbrochen aufgetreten sind, geben Sie bitte an, mit welchen Schwierigkeiten Sie im Allgemeinen konfrontiert wurden.

7.1. Bedingungen, die ein beschleunigtes Verfahren rechtfertigen

In sehr schwierigen Situationen behandeln wir die Akte prioritär, und entscheiden oft ?nach Aktenlage'. Dies bedeutet, dass wir eine Entscheidung treffen aufgrund der Informationen, die Sie uns gegeben haben, und dass Sie nicht mehr in einem unserer medizinischen Zentren für eine ärztliche Untersuchung vorstellig werden müssen.

Erhalten Sie im Krankenhaus regelmäßig eine Strahlen- oder Chemotherapie?

Ja Nein

Haben Sie im Anschluss an eine Strahlen- oder Chemotherapie tägliche Hausbesuche durch ein Team von Pflegepersonal?

Ja Nein

Leiden Sie an einer sich rasch entwickelnden schweren degenerativen neurologischen Erkrankung?

Ja Nein

7.2. Fortbewegung drinnen und draußen

7.2.1. Welche Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen, sich alleine, ohne Begleitperson, auf flachem Gelände ohne Pause und mit normaler Geschwindigkeit fortzubewegen?

7.2.2. Welche Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen beim Treppensteigen, beim Umgehen eines Hindernisses oder beim Gleichgewicht halten?

7.2.3. Welche Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen, sich alleine, ohne Begleitperson, zu orientieren?

7.3. Für sich selbst kochen und einkaufen

Wir untersuchen die Auswirkung Ihrer Behinderung auf Ihre Fähigkeit, einzukaufen und zu essen. Geben Sie bitte an, mit welchen Schwierigkeiten Sie zu kämpfen haben: keine, leichte, große, oder unmöglich. Wenn die Schwierigkeiten in den letzten 30 Tagen nicht ununterbrochen aufgetreten sind, geben Sie bitte an, mit welchen Schwierigkeiten Sie im Allgemeinen konfrontiert wurden.

7.3.1. Welche Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen, selbstständig einzukaufen, zu kochen oder zu essen?

7.4. Sich waschen und kleiden

Wir untersuchen die Auswirkung Ihrer Behinderung auf Ihre Fähigkeit, sich zu waschen, sich zu kleiden, und zur Toilette zu gehen. Geben Sie bitte an, mit welchen Schwierigkeiten Sie zu kämpfen haben: keine, leichte, große, oder unmöglich. Wenn die Schwierigkeiten in den letzten 30 Tagen nicht ununterbrochen aufgetreten sind, geben Sie bitte an, mit welchen Schwierigkeiten Sie im Allgemeinen konfrontiert wurden.

7.4.1. Welche Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen, sich zu waschen, an- und auszukleiden?

7.4.2. Welche Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen beim Toilettenbesuch?

7.5. Ihre Wohnung pflegen

Wir untersuchen die Auswirkung Ihrer Behinderung auf Ihre Fähigkeit, den Haushalt zu führen. Geben Sie bitte an, mit welchen Schwierigkeiten Sie zu kämpfen haben: keine, leichte, große, oder unmöglich. Wenn die Schwierigkeiten in den letzten 30 Tagen nicht ununterbrochen aufgetreten sind, geben Sie bitte an, mit welchen Schwierigkeiten Sie im Allgemeinen konfrontiert wurden.

7.5.1. Welche Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen, Ihre Wohnung zu pflegen?

7.6. Beaufsichtigung

Mittels diese Fragen untersuchen wir die Auswirkung Ihrer Behinderung auf Ihre Fähigkeit, selbstständig zu leben. Geben Sie bitte an, mit welchen Schwierigkeiten Sie zu kämpfen haben: keine, leichte, große, oder unmöglich. Wenn die Schwierigkeiten in den letzten 30 Tagen nicht ununterbrochen aufgetreten sind, geben Sie bitte an, mit welchen Schwierigkeiten Sie im Allgemeinen konfrontiert wurden.

7.6.1. Welche Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen, selbstständig neue und unvorhergesehene Situationen zu bewältigen (z. B.: selber eine Gefahr abschätzen und vermeiden)?

7.6.2. Welche Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen, selbstständig zu leben, ihre Güter zu verwalten, selber für Ihre Gesundheit zu sorgen (z.B. Ihre Behandlung einhalten)?

7.7. Kontakte zu anderen Personen pflegen

Wir untersuchen die Auswirkung Ihrer Behinderung auf Ihre Fähigkeit, Kontakte zu anderen Personen zu pflegen. Geben Sie bitte an, mit welchen Schwierigkeiten Sie zu kämpfen haben: keine, leichte, große, oder unmöglich. Wenn die Schwierigkeiten in den letzten 30 Tagen nicht ununterbrochen aufgetreten sind, geben Sie bitte an, mit welchen Schwierigkeiten Sie im Allgemeinen konfrontiert wurden.

7.7.1. Welche Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen, mit einem Unbekannten Kontakt herzustellen und zu unterhalten? Welche Schwierigkeiten hatten Sie, seine oder ihre Bedürfnisse und Emotionen zu verstehen?

7.7.2. Welche Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen, jemanden zu sehen, zu hören oder zu verstehen?

7.8. Weitere Informationen über die Auswirkung Ihrer Krankheit oder Behinderung

Welchen Aktivitäten können Sie wegen Ihrer Gesundheitsprobleme nicht mehr nachgehen? Welche Aktivitäten beeinträchtigen Ihr Wohlbefinden? Wenn diese bei den oben gestellten Fragen noch nicht an die Reihe gekommen sind, können Sie diese hier beschreiben.

Beschreiben Sie bitte mit Ihren Worten welche Auswirkung Ihre Krankheit oder Behinderung auf Ihre täglichen Aktivitäten hat, wenn diese bei den oben gestellten Fragen noch nicht an die Reihe gekommen sind.

8. Derzeitige und vorherige Beschäftigungen

Aufgrund Ihrer letzten oder derzeitigen Beschäftigung können wir uns ein Bild von den von Ihnen erworbenen Fähigkeiten machen. Beschäftigungen, die Sie weniger als 6 Monate ausgeübt haben, werden nicht berücksichtigt, weil wir davon ausgehen, dass dieser Zeitraum nicht ausreicht, um genügend Fähigkeiten zu erwerben.

Frage 8 des Fragebogens muss nicht ausgefüllt werden, wenn Sie eine Beihilfe zur Unterstützung von Betagten beantragen (65+'er Wallonien und Brüssel).

8.1. Welches Statut beschreibt Ihre aktuelle Situation am besten?

Arbeitnehmer

Selbstständiger

Student

Pensionierter

Hausmann- Hausfrau

Krankheit und Invalidität (Krankenkasse)

Arbeitsloser

Anderer

8.2. Falls Sie nicht mehr arbeiten, wann haben Sie aufgehört zu arbeiten?
(dd/mm/yyyy)

8.3. Was war die letzte Beschäftigung, die Sie mindestens 6 Monate ausgeübt haben, oder die Sie heute noch ausüben?

8.4. Liegen gesundheitliche Gründe vor, wenn Sie noch nie gearbeitet haben oder aufgehört haben zu arbeiten?

Ja Nein Nicht zutreffend

8.5. Hatten Sie vorher mindestens 6 Monate eine andere Art von Arbeit geleistet?

Ja Nein Nicht zutreffend

8.6. Welche Diplome oder Zertifikate haben Sie während Ihres Studiums oder Ihrer Ausbildung erworben?

8.7. Brauchen Sie einen angepassten Arbeitsplatz, um Ihre derzeitige Beschäftigung behalten zu können? Oder arbeiten Sie in einem Betrieb für angepasste Arbeit?

Ja Nein Nicht zutreffend

8.8. Welche Organisation hilft Ihnen dabei, Ihre Beschäftigung zu behalten oder Arbeit zu finden?

VDAB

Actiris

Forem

OSHZ

AVIQ

Arbeitsamt der DG Dienststelle Personen mit Behinderung

Anderer

Keine

9. Hilfe bei der Antragstellung

Wer hat Ihnen bei der Antragstellung geholfen?

10. Zustimmung

Bitte geben Sie an, ob Sie mit unseren Bedingungen einverstanden sind. Geben Sie uns Ihre Zustimmung, dann wenden wir uns in Zukunft für zusätzliche Informationen unmittelbar an Ihren Arzt, Organisationen oder Personen, die an Ihren Antrag beteiligt sind. Es kann sich um finanzielle oder medizinische Informationen handeln. Geben Sie uns diese Zustimmung nicht, so kann es sein, dass nicht genügend Angaben vorliegen, um Ihre Akte erledigen zu können.

11. Danke, dass Sie das Formular ausgefüllt haben

Sie können das elektronische Formular (My Handicap) als Empfangsbestätigung des Antrages aufbewahren.

Wenn Sie eine Beihilfe beantragt haben, überprüfen wir ebenfalls Ihre administrative Lage (Haushaltszusammensetzung, Einkommen, ?).

Erforderlichenfalls werden Sie zur Bewertung Ihrer Behinderung durch einen unserer Ärzte eingeladen.

Wir informieren Sie per Brief über unsere Entscheidung.

Haben Sie Fragen oder möchten Sie zusätzliche Informationen übermitteln? Nehmen Sie dann bitte Kontakt mit uns auf.

Unsere Kontaktinformationen finden Sie auf unserer Webseite: handicap.belgium.be.

Senden Sie uns eine E-Mail mit Hilfe des Kontaktformulars, das auf unserer Webseite verfügbar ist.

Per Post Föderaler Öffentlicher Dienst Soziale Sicherheit

Generaldirektion Personen mit Behinderung

Boulevard du Jardin Botanique 50, boîte 150

1000 Bruxelles

Telefonisch: 0800 987 99 (montags bis freitags von 8.30 bis 12 Uhr)