

Überblick der Fragen eine Erhöhte Familienbeihilfe

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 : Intake AFS

Transaktionsnummer :

Datum der Registrierung :

Druckdatum :

Bitte füllen Sie nachstehende Fragen möglichst vollständig und genau aus.

2. Personendaten des Kindes

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 des Kindes

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. Hat das Kind 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 der Haus- oder Facharzt des Kindes?

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

4. Bedingungen, die ein beschleunigtes Verfahren rechtfertigen

Leidet das Kind an Krebs oder Leukämie, und erhält es deswegen im Krankenhaus regelmäßig Strahlen- oder Chemotherapie?

Ja Nein

Erhält das Kind Palliativpflege?

ja Nein

5. Gesundheitszustand und medizinische Behandlung Ihres Kindes

Wir untersuchen die Auswirkung der Erkrankung oder Behinderung Ihres Kindes auf seine täglichen Aktivitäten (Schule, Freizeit, ?), und auch die Auswirkungen auf die Familie (erforderliche Fahrten für die medizinische Behandlung, Anpassung des Lebensumfelds, ?).

Gehen Sie mit Ihrem Kind zu einem Therapeuten (Logopädie, Heilgymnastik, Ergotherapie, Psychotherapie, ?)?

Ja Nein

Wenn die Antwort ja lautet:

Wie oft pro Woche?*

Weniger als einmal pro Woche

Einmal pro Woche

Zweimal pro Woche

Drei- bis viermal pro Woche

Seit wann gehen Sie mit Ihrem Kind zum Therapeuten?*

6. Aktivitäten und Teilhabe Ihres Kindes: Lernen, Unterricht, Schulbesuch

Wir untersuchen die Auswirkung der Behinderung oder Erkrankung Ihres Kindes auf seine Möglichkeiten, Unterricht zu erhalten.

Erhält Ihr Kind angepassten oder Sonderschulunterricht?

Ja Nein Nicht zutreffend

Wenn die Antwort ja lautet:

Geben Sie bitte den Namen der Anstalt ein*:

Seit wann erhält Ihr Kind angepassten oder Sonderschulunterricht?*

Welche Art von angepasstem oder Sonderunterricht erhält Ihr Kind?*

Art 1
Art 2
Art 3
Art 4
Art 5
Art 6
Art 7
Art 8
Art 9

Andere: Erläutern Sie bitte welche Unterrichtsart (M-Dekret, Bednet [Unterricht für kranke Kinder], GON-begeleitung [sonderpädagogische Förderung], ...).*

Hat Ihr Kind Verhaltensprobleme oder Schwierigkeiten, Freunde zu machen?*

Ja Nein Nicht zutreffend

Wenn die Antwort ja lautet:

Beschreiben Sie bitte die Verhaltensprobleme*:

Muss Ihr Kind infolge seines Verhaltens oder einer Krankheit im Internat, zuhause oder im Krankenhaus angepassten Unterricht erhalten?*

Ja Nein Nicht zutreffend

7. Aktivitäten und Teilhabe Ihres Kindes: Kontakte zu anderen Personen

Wir untersuchen, ob es Ihrem Kind infolge seiner Behinderung oder Erkrankung im Vergleich zu Gleichaltrigen viel schwerer fällt, Kontakte zu anderen Personen zu pflegen.

7.1. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit der Sprache (verstehen, sprechen, lesen oder schreiben)?

Ja Nein

Wenn die Antwort ja lautet, beschreiben Sie bitte die Schwierigkeiten*:

7.2. Hat Ihr Kind Sicht- oder Hörprobleme?

Ja Nein

Wenn die Antwort ja lautet, beschreiben Sie bitte die Schwierigkeiten*:

8. Aktivitäten und Teilhabe: Fortbewegung drinnen und draußen

Wir überprüfen, ob es Ihrem Kind infolge seiner Behinderung oder Erkrankung im Vergleich zu

Gleichaltrigen viel schwerer fällt, sich zu bewegen, ob es weniger geschickt ist, oder ob es ihm schwerer fällt, an Aktivitäten teilzunehmen.

8.1. Hatte Ihr Kind im gehfähigen Alter Schwierigkeiten, sich fortzubewegen oder ein Hindernis zu umgehen? Wenn es sich um ein Baby handelt, hat der Kinderarzt Sie über eine Entwicklungsverzögerung informiert?

Ja Nein

Wenn die Antwort ja lautet: welche Hilfsmittel zum Fortbewegen benutzt das Kind?*

Keine

1 Krücke

1 Prothese

1 Schiene oder Orthese

2 krücken

2 prothesen

2 Schienen oder Orthesen

Orthopädische Schuhe

Rollstuhl/Sitzschalenstuhl

8.2. Hat Ihr Kind infolge seiner Behinderung Schwierigkeiten, mit seinen Händen Gegenstände zu manipulieren, oder ist es infolge seiner Behinderung ungeschickt?

Ja Nein Nicht zutreffend

Wenn die Antwort ja lautet, beschreiben Sie bitte die Schwierigkeiten*:

8.3. Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, an Spielen oder sportlichen Aktivitäten teilzunehmen?

Ja Nein Nicht zutreffend

Wenn die Antwort ja lautet, beschreiben Sie bitte die Schwierigkeiten*:

9. Aktivitäten und Teilhabe: Körperpflege, Nahrung

Wir überprüfen, ob es Ihrem Kind infolge seiner Behinderung oder Erkrankung im Vergleich zu Gleichaltrigen viel schwerer fällt, sich zu waschen, anzukleiden oder zu essen.

9.1. Hat Ihr Kind im Vergleich zu Gleichaltrigen Schwierigkeiten, sich selbst zu waschen und anzukleiden?

Ja Nein Nicht zutreffend

Wenn die Antwort ja lautet, beschreiben Sie bitte die Schwierigkeiten*:

9.2. Braucht Ihr Kind im Vergleich zu Gleichaltrigen Hilfe beim Essen, und muss es eine spezifische Diät halten?

Ja Nein Nicht zutreffend

Wenn die Antwort ja lautet, beschreiben Sie bitte die Schwierigkeiten*:

9.3. Braucht Ihr Kind im Vergleich zu Gleichaltrigen Hilfe beim Toilettengang, oder zeigt es Anzeichen einer Inkontinenz?

Ja Nein Nicht zutreffend

Wenn die Antwort ja lautet, beschreiben Sie bitte die Schwierigkeiten*:

10. Hilfestellung, die Sie sowie Ihre Familie Ihrem Kind leisten

Beschreiben Sie bitte welche Hilfestellungen Ihre Familie leistet, damit Ihr Kind trotz seiner Behinderung und/oder Erkrankung an den täglichen, schulischen, und Freizeitaktivitäten teilnehmen kann.

11. Weitere Informationen über die Auswirkung der Krankheit oder Behinderung des Kindes

Beschreiben Sie bitte mit Ihren Worten die Auswirkungen der Behinderung und/oder Erkrankung Ihres Kindes, wenn diese bei den oben gestellten Fragen noch nicht an die Reihe gekommen sind.

11. Hilfe bei der Antragstellung

Wer hat Ihnen bei der Antragstellung geholfen?

12. 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.

13. Danke, dass Sie das Formular ausgefüllt haben

Sie können das Formular 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 12.30 Uhr)
