

Überblick der Fragen myhandicap.belgium.be – Erhöhte Familienbeihilfe

Achtung: dieser Fragebogen ist als Hilfsmittel für Sozialarbeiter gedacht. Das Papierformular gilt nicht als Antragsverfahren. Der Antrag kann nur elektronisch über myhandicap.belgium.be verschickt werden.

Zuerst müssen Sie bei der Kindergeldkasse oder der Sozialversicherungskasse, die die erhöhten Kinderbeihilfe auszahlt, einen Antrag stellen. Wir erhalten eine Bestätigung dieser Anfrage. Darauf bekommen Sie einen Brief mit den weiterführenden Schritten zugeschickt. So wird etwa die GD Personen mit Behinderung zuerst die Behinderung Ihres Kindes beurteilen müssen. Dafür müssen Sie einen online Fragebogen ausfüllen (lassen), mittels dessen wir nebst administrativer Informationen auch die realen Folgen der Behinderung erfragen.

Vorab

Um einen elektronischen Antrag stellen zu können, brauchen Sie folgende Informationen in Bezug auf den Antragsteller:

- Seine Nationalregisternummer
- Den Namen und Vornamen des behandelnden Arztes des Antragstellers
- Die Bankkontonummer des Antragstellers
- Den Brief mit den weiterführenden Schritten vom FÖD

Identifizierung der Person – Zu Ihrer Person

Identifizierung Zu Ihrer Person

1. Nationalregisternummer

→ Die Daten werden automatisch ausgefüllt (Name, Adresse, Familienzusammensetzung, ...)

2. Ist Ihre Postanschrift dieselbe wie die Ihres offiziellen Wohnsitzes?

Wenn nein, teilen Sie uns bitte Ihre Postanschrift mit?

Land
Postleitzahl
Ort
Straße
Hausnummer

3. Ihre Kontaktangaben

Teilen Sie uns bitte Ihre Kontaktangaben mit und geben Sie bitte an, wie Sie am liebsten kontaktiert werden möchten. Falls wir zusätzliche Informationen von Ihnen brauchen, werden wir uns über diesem Weg mit Ihnen in Verbindung setzen.

3.1 Wie soll unser Dienst Sie kontaktieren?

- Brief
- E-mail
- Telefon
- Persönliches Gespräch

3.2 Art des Telefons

- Festnetz
- Mobil

3.3. Telefonnummer (Landesvorwahl / Zone / Nummer)

3.4. E-Mail-Adresse

3.5. In welcher Sprache möchten Sie kommunizieren?

Deutsch, Französisch, Niederländisch

[Andere Kontaktangaben](#)

1. Geben Sie uns bitte den Vornamen Ihres Hausarztes oder Ihres Facharztes

Achtung: Wichtig ist, dass der behandelnde Arzt über aktuelle medizinische Informationen verfügt. Ist dies nicht der Fall, so vereinbaren Sie bitte möglichst schnell einen Termin mit Ihrem Hausarzt.

2. Haben Sie einen gesetzlichen Vertreter?

Wenn ja:

Nationalregisternummer

Titel

Möchten Sie eine Person bezeichnen, die Sie bei den Kontakten mit unserem Dienst unterstützt?

- Brief
- E-mail
- Telefon
- Persönliches Gespräch

Telefonnummer (Landesvorwahl / Zone / Nummer) :

E-Mail-Adresse

In welcher Sprache möchten Sie kommunizieren? Deutsch, Französisch, Niederländisch

Ist **keine Nationalregisternummer des gesetzlichen Vertreters** bekannt, teilen Sie uns bitte die Personalien des gesetzlichen Vertreters mit:

Vorname
Nachname
Geburtsdatum
Adresse
Postleitzahl
Ort
Straße
Hausnummer

3. Möchten Sie eine Person bezeichnen, die Sie bei den Kontakten mit unserem Dienst unterstützt?

Wenn ja:

- Arzt
- Familienmitglied
- Sozialarbeiter
- Eine Person aus meinem Umfeld (Bekannter, Nachbar, Freund, ...)

Nationalregisternummer

Titel

Wie soll unser Dienst Sie kontaktieren?

- Brief
- E-mail
- Telefon
- Persönliches Gespräch

Telefonnummer (Landesvorwahl /Zone / Nummer):

E-Mail-Adresse

In welcher Sprache möchten Sie kommunizieren? Deutsch, Französisch, Niederländisch

Ist **keine Nationalregisternummer der Kontaktperson** bekannt, teilen Sie uns bitte Ihre Personalien mit:

Vorname
Nachname
Geburtsdatum
Adresse

Postleitzahl
Ort
Straße
Hausnummer

Informationen über die Gesundheit Ihres Kindes

Über die 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.

Hat das Kind Krebs oder Leukämie, weshalb es im Krankenhaus regelmäßig eine Strahlen- oder Chemotherapie erhält?

Erhält das Kind Palliativpflege?

Über die Behinderung des Kindes und seine medizinischen Behandlungen

Wir überprüfen, welche Auswirkungen die Krankheit oder die Behinderung Ihres Kindes auf seine täglichen Aktivitäten hat (Schule, Freizeit, ...). Wir berücksichtigen auch die Auswirkungen auf die Familie (Fahrten wegen medizinischer Pflegeleistungen, Anpassungen des Lebensumfeldes, ...).

Welche chronische Krankheit, Behinderung oder Missbildung hat Ihr Kind?

Seit wann hat Ihr Kind diese Krankheit, Behinderung? (MM/JJJJ)

Erhält Ihr Kind eine umfangreiche Behandlung (Medikamente, Aerosole, Sonden, Pflegeleistungen, ...) zu Hause von mindestens 6 Monaten. Wenn ja: Beschreiben Sie die Behandlung und ihre Häufigkeit (pro Tag, pro Woche, pro Monat)

Über die Aktivitäten des Kindes und seine Teilhabe: Lernen, Unterricht, Schulbesuch

Wir überprüfen, welche Auswirkungen die Krankheit oder die Behinderung Ihres Kindes auf seine Möglichkeiten hat, einem Unterricht zu folgen.

Folgt Ihr Kind einem angepassten oder Förderunterricht?

Wenn ja:

Bitte geben Sie uns den Namen der Einrichtung :

Seit wann folgt Ihr Kind einem angepassten Unterricht oder Förderunterricht? (MM/JJJJ)

Welchem Typ angepasstem oder Förderunterricht folgt Ihr Kind? (1 bis 9 oder Andere)

Über die Aktivitäten des Kindes und seine Teilhabe: Mit anderen kommunizieren

Hat das Kind große Schwierigkeiten in seiner Muttersprache zu verstehen, sprechen, lesen, schreiben? Wenn ja: Beschreiben Sie die Verhaltensprobleme.

Hat das Kind Einschränkungen im Seh- und/oder Hörvermögen? Wenn ja: Beschreiben Sie bitte die Einschränkungen im Seh- und/oder Hörvermögen.

Über die Aktivitäten des Kindes und seine Teilhabe: sich drinnen / draußen bewegen

Wir überprüfen, ob es Ihrem Kind aufgrund seiner Behinderung oder seiner Erkrankung viel schwerer fällt sich zu bewegen als gleichaltrigen Kindern, ob es weniger geschickt ist oder ob es ihm schwerer fällt, an Aktivitäten teilzunehmen.

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

Wenn ja: Welche Hilfsmittel benutzt Ihr Kind, um sich fortzubewegen? (1 Schiene/Orthese, 1 Krücke, 1 Prothese, 2 Schienen/Orthesen, 2 Krücken, 2 Prothesen, Orthopädische Schuhe, Sitzschale, Rollstuhl)

Hat Ihr Kind aufgrund seiner Behinderung oder seiner Erkrankung Schwierigkeiten, mit seinen Händen Gegenstände zu manipulieren oder ist es ungeschickt?

Hat es Ihr Kind schwer, an Spielen oder sportlichen Aktivitäten teilzunehmen?

Über die Aktivitäten des Kindes und seine Teilhabe: sich waschen und Nahrung zu sich nehmen

Wir überprüfen, ob es Ihrem Kind aufgrund seiner Behinderung oder seiner Erkrankung viel schwerer fällt als gleichaltrigen Kindern sich zu waschen, sich anzuziehen und zu essen.

Hat Ihr Kind im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern Schwierigkeiten sich zu waschen und anzuziehen?

Braucht Ihr Kind im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern bedeutende Hilfe beim Essen oder muss es einer strengen Diät folgen?

Braucht Ihr Kind im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern Hilfe beim Toilettengang oder hat es Inkontinenzprobleme?

Mehr Informationen

Hier bitten wir Sie darum, die konkrete Hilfe, die Ihre Familie Ihrem Kind mit einer Behinderung oder einer Krankheit bietet, mitzuteilen.

Über Ihre Beteiligung und die Ihrer Familie an der Pflege Ihres Kindes

Beschreiben Sie die konkreten Hilfestellungen der Familie, um Ihrem Kind aufgrund und trotz seiner Behinderung die Ausübung der Grundaktivitäten des Alltags zu ermöglichen, seine Schulzeit und seine Teilnahme an Freizeitaktivitäten zu unterstützen.

Mehr Informationen darüber, wie die Krankheit oder die Behinderung Ihr Kind belasten.

Beschreiben Sie bitte in Ihren Worten, wie die Behinderung und/oder die Erkrankung Ihres Kindes es belasten und was Sie uns an anderer Stelle dieses Fragebogens nicht mitteilen konnten.

Einverständniserklärung

Bitte teilen Sie uns mit, ob Sie unseren Bedingungen zustimmen oder nicht.

Es ist möglich, dass wir mit Ihrem Hausarzt, mit Organisationen oder Personen Kontakt aufnehmen, die uns weitere Informationen zu Ihrem Antrag geben können. Diese Informationen können medizinischer oder finanzieller Art (in Bezug auf Ihre Anfrage) sein. Sie sind nicht verpflichtet, hierzu Ihr Einverständnis zu geben. Wenn Sie nicht einverstanden sind, weisen wir Sie jedoch darauf hin, dass es möglich wäre, dass wir nicht über genügend Informationen verfügen könnten, um zu bestimmen, dass Sie die Gewährungsbedingungen in Bezug auf Ihren Antrag erfüllen.