

Überblick der Fragen myhandicap.belgium.be – Parkkarte

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.

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

Identifizierung der Person – Zu Ihrer Person

Identifizierung Zu Ihrer Person

1. Nationalregisternummer

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

Im Falle eines Antrags auf eine Parkkarte wird die Haushaltszusammensetzung nicht über das Nationalregister abgefragt.

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

Gesundheitszustand

Wir überprüfen, welche Auswirkungen Ihre Behinderung auf Ihre Möglichkeiten hat, sich fortzubewegen.

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.

- 1. Erhalten Sie im Krankenhaus regelmäßig eine Strahlen- oder Chemotherapie?**
- 2. Haben Sie im Anschluss an eine Strahlen- oder Chemotherapie tägliche Hausbesuche durch ein Team von Pflegepersonal?**
- 3. Leiden Sie an einer sich rasch entwickelnden schweren degenerativen neurologischen Erkrankung?**

Fortbewegung drinnen und draußen

Wir überprüfen, welche Auswirkungen Ihre Behinderung auf Ihre Möglichkeiten hat, sich fortzubewegen. Geben Sie bitte überall an, welche Schwierigkeiten Sie haben: keine Schwierigkeiten, leichte Schwierigkeiten, große Schwierigkeiten, unmöglich. Wenn die Schwierigkeiten in den letzten 30 Tagen nicht dauerhaft aufgetreten sind, teilen Sie mit, welche Schwierigkeiten Sie im Allgemeinen hatten.

- 1. Welche Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen, sich alleine, ohne Begleitperson, auf flachem Gelände ohne Pause und mit normaler Geschwindigkeit fortzubewegen?**
 - Keine Schwierigkeiten, Hilfsmittel nicht nötig
 - Leichte Schwierigkeiten, mäßiger Gebrauch von Hilfsmitteln
 - Große Schwierigkeiten, intensiver Gebrauch von Hilfsmitteln
 - Unmöglich ohne Hilfe von Dritten, ohne Unterbringung in einer angepassten Einrichtung oder ohne vollkommen angepasstem Umfeld

- 2. Bitte teilen Sie uns mit, welche Hilfen Sie zur Fortbewegung benötigen:**

Weitere Informationen darüber, wie Ihre Beeinträchtigung oder Behinderung Sie einschränken

- 1. Bitte beschreiben Sie mit eigenen Worten auf welche Weise Ihre Krankheit oder Behinderung Sie einschränken (was Sie uns hier an anderer Stelle 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.