

Formulaire de demande

PRODUITS

- Allocations pour enfants atteint d'une affection
- Allocations d'intégration
- Allocation pour l'Aide aux Personnes Agées
- Allocation de remplacement de revenus
- Attestation relative à la réduction de la capacité de gain – 65 ans
- Attestation relative à la réduction de l'autonomie – 65 ans
- Attestation relative à la réduction de l'autonomie des personnes âgées – à partir de 65 ans
- Carte de stationnement
- Carte de réduction sur les transports en commun
- Avantages fiscaux pour le véhicule
- Attestation relative à la réduction de l'impôt des personnes physiques

PARTIE 1 : A PROPOS DE VOUS

Données personnelles

- Numéro de registre national
- Prénom
- Nom
- Date de naissance
- Etat civil
- Nationalité
- Sexe
- Adresse

L'adresse postale (résidence) est-elle différente de l'adresse du domicile ?

- Non
- Oui – adresse :

Données de contact

- Numéro de téléphone :
- Adresse électronique :
- Nom et prénom du médecin (traitant ou spécialiste) :

Représentant légal

- Numéro national :
- Titre :
- Nom et prénom :
- Coordonnées : adresse , téléphone, mail :

Personne de confiance

- Membre de la famille
- Professionnel social
- Médecin
- Entourage

- Numéro national :
- Titre :
- Nom et prénom :
- Coordonnées : adresse, téléphone, mail :

Partie 2 : Situation professionnelle et financière

Situation

- Emploi rémunéré
- Emploi non rémunéré
- Indépendant
- Pensionné
- Étudiant
- Personne au foyer
- Invalidité (mutuelle)
- chômage
- autres

Dernier emploi (au moins 6 mois) :

- Temps plein
- mi-temps

Arrêt de travail : date (mois, année) et raison :

Adaptation du poste nécessaire : oui - non

Si oui, par qui ? ACTIRIS, FOREM, VDAB, CPAS, AVIQ, autre, aucun

Diplômes et qualifications acquises durant les études ou lors de formation :

Partie 3 Médical

Principale affection ou handicap :

Votre état de santé a-t-il changé durant les 3 derniers mois ? Si oui, depuis quand ?

Conditions permettant un traitement prioritaire

- Recevez-vous à l'hôpital régulièrement un traitement radiothérapie ou de chimiothérapie
- Suite à un traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie, avez-vous un suivi quotidien à domicile, par une équipe d'infirmiers ou de soignants
- Êtes-vous atteint d'une sclérose latérale amyotrophique (SLA)

Perte d'autonomie

Classification :

- *0 : aucune difficulté, pas d'aides spéciales*
- *1 : difficultés mineures, utilisation modérée d'aides spéciales*
- *2 : grandes difficultés, utilisation intensive d'aides spéciales*
- *3 : impossibilité sans l'aide d'un tiers, sans accueil dans une institution adaptée ou sans cadre de vie entièrement adaptée*

Se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur

- Durant les 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous eu pour marcher seul, sans accompagnant, sur terrain plat (100 m), sans s'arrêter, à vitesse normale
- Durant les 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous eu pour monter un étage, éviter un obstacle ou garder votre équilibre
- Durant les 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous eu pour vous orienter seul sans accompagnant

Expliquer l'aide dont vous avez besoin pour pouvoir vous déplacer :

Préparer votre nourriture et faire vos courses

- Durant les 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous eu pour faire les courses
- Durant les 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous eu pour préparer les repas
- Durant les 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous eu pour manger seul

Expliquer l'aide dont vous avez besoin

Faire votre toilette, vous habiller et vous déshabiller

- Durant les 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous eu pour vous laver
- Durant les 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous eu pour vous habiller et déshabiller complètement
- Durant les 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous eu pour utiliser les toilettes (constipation.....)

Expliquer l'aide dont vous avez besoin :

Prendre soin de votre maison

- Durant les 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous eu pour vous occuper de l'entretien de votre maison

Expliquer l'aide dont vous avez besoin :

Quelqu'un prend soin de vous

- Durant les 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous eu pour gérer des situations nouvelles, inattendues
- Durant les 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous eu pour reconnaître un danger
- Durant les 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous eu pour fuir seul un danger
- Durant les 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous eu pour vivre seul, gérer seul vos biens, et prendre seul soin de votre santé, comme prendre vos traitements

Expliquer l'aide dont vous avez besoin :

Communiquer avec les autres

- Durant les 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous eu pour créer et entretenir une relation avec une personne inconnue et pouvoir exprimer vos besoins et vos émotions
- Durant les 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous eu pour voir, entendre ou comprendre autrui

Expliquer l'aide dont vous avez besoin :

-
- *Consentez-vous à ce que nous prenions contact avec le médecin que vous avez désigné, des organismes financiers ; 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 remplissiez les conditions d'octroi en rapport avec votre demande*
-