



Service public fédéral
Sécurité sociale

Manuel My Handicap



Mise à jour mai 2023

Table de matières

Ecrans d'accueil My Handicap	p 2
Partie 1 données personnelles	p 4
Partie 2: Etudes et travail	p 16
Partie 3 : Situations de la vie quotidienne	p 21
Partie 4 : Dossiers prioritaires et pour terminer	p 33

Ecrans d'accueil MY HANDICAP FR

1 Naviguez vers "My handicap"

2 Aperçu de la page "MON DOSSIER" qui héberge les différents fomulaires

Mon dossier Mon dossier Mes données

Ce que je pourrais avoir si je remplis les conditions ⓘ

Informations importantes

En cliquant sur l'une des options ci-dessous, vous pouvez remplir le formulaire de demande.
Attention: la demande n'est effectivement soumise qu'après l'envoi, via le bouton prévu, du **formulaire entièrement complété**.
Un simple clic sur le lien ne suffit donc pas pour introduire une demande.

Demande d'allocation + détermination du handicap ⓘ	Faire la demande
Détermination du handicap UNIQUEMENT, SANS compensation financière. ⓘ	Faire la demande
Demande de carte parking ⓘ	Faire la demande
Demande de carte de réduction pour les transports publics (uniquement en cas de handicap visuel) ⓘ	Faire la demande
Détermination du handicap UNIQUEMENT pour la TVA sur les véhicules et l'exonération de la taxe routière ⓘ	Faire la demande

3

Aperçu de la page "MES DONNEES" qui reprend les informations personnelles du citoyen

Larsimont Ginger

Mes données

Mon dossier

Mes données

Mes informations générales

Nom

Prénom

N° de registre national

Date de naissance

Mes informations de contact

Téléphone -

Gsm -

Contact par SMS -

e-Mail -

Mon domicile

Rue

Commune

Code postal

Pays

Signaler tous changements

Ma résidence

Rue

Commune

Code postal

Pays

Signaler tous changements

4

Cliquez sur "Mes dossiers/mandats"

Je suis connecté sous le nom de : **Larsimont Ginger**

Je travaille pour le dossier de : **Larsimont Ginger**

[Mes dossiers/mandats](#)

NL

Mes données

Conditions ⓘ

Vous devez remplir le formulaire de demande.

Après l'envoi, via le bouton prévu, du formulaire entièrement complété.

Produire une demande.

ⓘ

[Faire la demande](#)

5 Inserez le numero de registre national du mandataire

Aucun résultat trouvé

Vous êtes représentant légal et vous souhaitez compléter une demande pour une personne dont v
Vous pouvez rechercher cette personne en introduisant son NISS.

Numéro de registre national

Changer

Créer/supprimer un mandat MyHandicap

[Gérer mes mandats](#)

Myhandicap utilise des cookies essentiels pour permettre

6 Si le mandataire n'est pas encore connu vous pouvez créer un nouveau mandat en cliquant sur "GERER MES MANDATS"

Vous êtes représentant légal et vous souhaitez compléter une demande pour une
Vous pouvez rechercher cette personne en introduisant son NISS.

Numéro de registre national

XXXXXXXX

Changer

Créer/supprimer un mandat MyHandicap

[Gérer mes mandats](#)

Myhandicap utilise des cookies essentiels

[Lien vers notre politique de confidentialité](#)

Copyright 202

partie 1 : données personnelles

Partie 1 : données personnelles

A. informations personnelles

1

Q1: séjournez-vous en institution? si non : rien à compléter

Séjournez-vous en institution ?

Information

Par 'séjour en institution', nous entendons le fait de passer au moins 4 jours et 4 nuits par semaine dan



Adresse de résidence :

Voici l'adresse officielle connue vous concernant

Code postal :

1000

Commune :

Bruxelles

Pays :

2

Q1: séjournez-vous en institution? Si oui : inserez le code postal et les premières lettres de l'institution, cliquez ensuite sur "rechercher institution"

Cliquez sur "choisir" pour sélectionner l'instiution souhaitée

Ajoutez la personne de contact de l'institution. Ensuite cliquez sur "valider"

Par 'sejour en institution', nous entendons le fait de passer au moins 4 jours et 4 nuits par semaine dans une in:

☐ Non

☒ Oui

Données de l'institution

Nom de l'institution

Code postal

Rechercher institution

institution

tion

Adresse

IUS

RUE DE L'ARBRE BENIT, 102, , IXELLES

Choisir

RUE DU COLLEGE, 45, , IXELLES

Choisir

EUTIQUES-SOLBOSCH ASBL

AVENUE ADOLPHE BUYL, 110/B, , IXELLES

Choisir

OTEGEES LESBROUSSART

RUE LESBROUSSART, 60, , IXELLES

Choisir

OTEGEES MANDRAGORA

RUE SOUVERAINE, 73, , IXELLES

Choisir

Items per page: 5

1 - 5 of 33



CENTRES THERAPEUTIQUES-SOLBOSCH ASBL	AVENUE ADOLPHE BUYL, 110/B, , IXELLES	Sé
HABITATIONS PROTEGEES LESBROUSSART	RUE LESBROUSSART, 60, , IXELLES	ch
HABITATIONS PROTEGEES MANDRAGORA	RUE SOUVERAINE, 73, , IXELLES	ch

Items per page: 5 1 - 5 of 33

Personne de contact dans l'institution *

XXXX

Valider

Information

Vous ne trouvez pas l'institution dans la liste ? Vous pouvez l'ajouter ci-dessous

3

Q1: séjournez-vous en institution? Dans le cas où l'institution recherchée ne serait pas dans la liste il est possible d'ajouter une nouvelle institution en cliquant sur "ajouter une institution"

Remplissez les données de la nouvelle institution et cliquez sur "valider"

4

Q2: Est ce que votre adresse de résidence est différente de votre adresse officielle? Si non il n'y a rien à compléter

Si oui: vous pouvez insérer l'adresse de résidence du citoyen

Rue :

Rue de Soignies

Numéro :

28

Est-ce que votre adresse de résidence est différente de votre adresse officielle ?

Si oui, veuillez compléter votre adresse de résidence. *

☐ Non

☒ Oui

Avez-vous un administrateur légal ?

Information

Un administrateur légal est une personne désignée par le juge pour gérer vos finances.

5

Q3: Avez-vous un administrateur légal ? Si non : il n'y a rien à compléter
Q3: Si oui : vous pouvez remplir les données de l'administrateur légal du demandeurs. Vous pouvez également ajouter la justification légale en pièce jointe en chargeant le document

☒ Oui

Nom : *

Remplissez ici

Prénom : *

Remplissez ici

Adresse de l'administrateur

Code postal : *

Remplissez ici

Commune : *

Remplissez ici

Rue : *

Remplissez ici

Numéro : *

Remplissez ici

Boîte :

Remplissez ici

Données de contact

Numéro de GSM : *

Remplissez ici

Adresse e-mail : *

Remplissez ici

Si vous avez vos documents justificatifs, veuillez les télécharger ici :

Chargez vos documents

Jugement désignation représentant légal

+ Ajouter fichier

6

Q4: Comment pouvons-nous vous joindre? Insérer le numéro de GSM et l'adresse mail du demandeur ou d'une personne tierce

Indiquez vos propres coordonnées ou celles d'une personne au courant de votre situation (conjoint, enfant, assistant social)

Données de contact

Numéro de GSM : * Adresse e-mail : *

7

Q5: Qui est votre médecin traitant? Insérez les données du medecin traitant ainsi que ses données de contact

Qui est votre médecin traitant ?

Vous allez dans une maison médicale ? Communiquez-nous l'adresse de la maison médicale et le nom et le prénom de l'un des médecins qui y travaille.

Données du médecin

Nom : * Prénom : *

Adresse du médecin :

Code postal : * Commune : *

Rue : * Numéro : * Boîte :

Données de contact

Numéro de téléphone : Numéro de GSM :

8

Q6: Quel est votre numéro de compte? Insérez le numéro de compte du demandeur.

Quel est votre numéro de compte ?

Attention

Un numéro de compte bancaire €

Numéro de compte IBAN ⓘ

Numéro de compte : *

BE

Avez-vous été victime d'un attentat ?

☐ Non



9

Q7: Avez vous été victime d'un attentat? Si non il n'y a rien à compléter. Si oui insérez la date (via l'outil date picker) et le lieu.

Avez-vous été victime d'un attentat ?

☐ Non

☒ Oui

Spécifiez la date et le lieu :

Date :

ⓘ

Localité : *

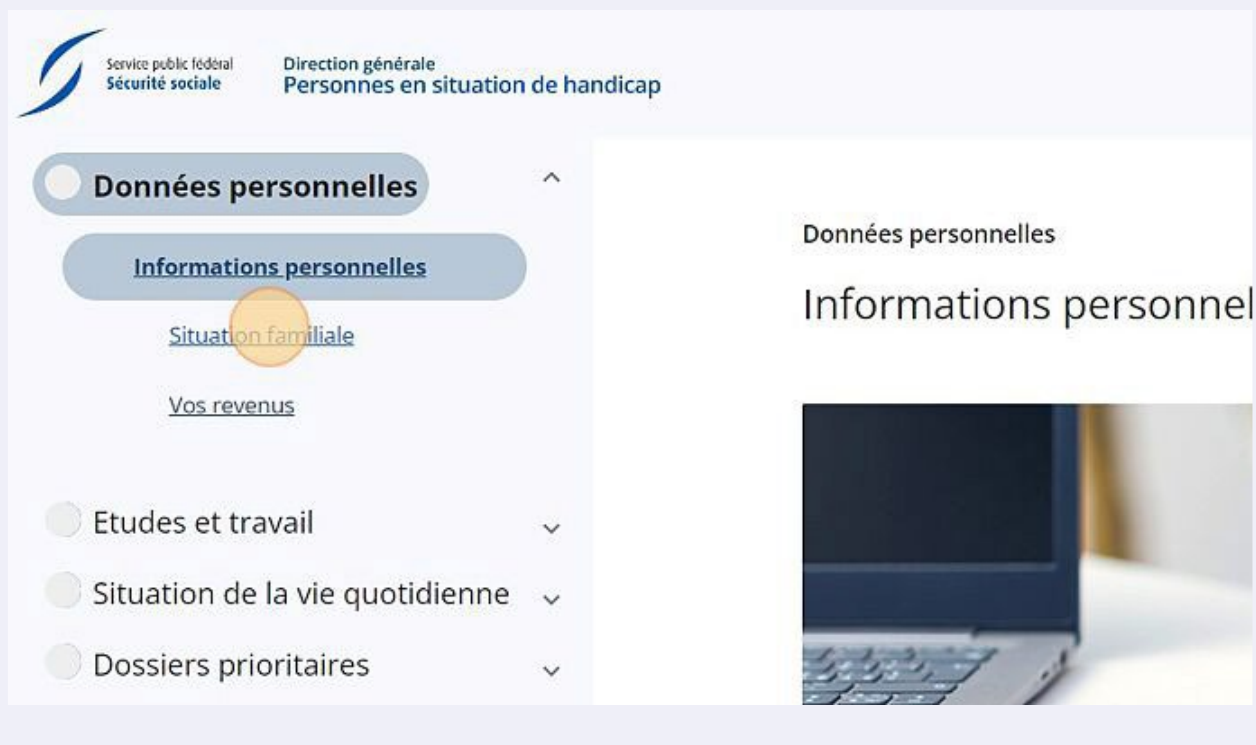
Myhandicap utilise des cookies essentiels pour permettre des fonctionnalités centrales.

Lien vers notre politique de confidentialité : <https://handicap.belgium.be/fr/vie-privee.htm>

B. Situation familiale

10

Via le menu déroulant, vous pouvez naviguer entre les différentes parties du formulaire



11

Q1: Vivez vous avec une autre personne? Si non il n'y a rien à compléter. Si oui : indiquez le nom/prénom + relation ainsi que la date de naissance

Vivez-vous avec une autre personne ?

Par exemple un partenaire, ou quelqu'un qui ne fait pas partie de votre famille

☐ Non

☒ Oui

Nom : *	Prénom : *
Remplissez ici	Remplissez ici
Relation : *	
-- Choisissez dans cette liste --	
Date de naissance :	
Remplissez ici 	

Avez-vous des enfants à charge ?

☐ Non

☐ Oui

12

Différentes relations sont possibles. Si c'est un co-locataire, il est nécessaire que nous ayons le contrat de bail mentionnant cette co-location explicitement. Dans le cas où il y'a une co-location, le demandeur peut directement ajouter son contrat de bail dans son intake (si il ne l'a pas le formulaire de contact est à privilégier)

Nom : *	Prénom : *
Remplissez ici	Remplissez ici
Relation : *	
Partenaire Epoux/Epouse <input checked="" type="text" value="Co-locataire"/> Autre	

Avez-vous des enfants à charge ?

☐ Non

☐ Oui

Etes-vous en colocation ? Dans ce cas nous avons besoin de votre contrat de
de votre colocataire dans le calcul de votre situation. Téléchargez ce documen

Chargez vos documents

Contrat de bail de colocation

+ Ajouter fichier

Date de naissance :

Remplissez ici



Avez-vous des enfants à charge ?

13

Q2: Avez-vous des enfants à charge? Si non il n'y a rien à compléter. Si oui, indiquez combien d'enfants, l'âge et complétez les sous questions.

Remplissez ici



Avez-vous des enfants à charge ?

☐ Non

☒ Oui

Combien d'enfants avez-vous ? *

3

Age enfant 1 : *

Remplissez ici

Age enfant 2 : *

Remplissez ici

Age enfant 3 : *

Remplissez ici

Je reçois des allocations familiales ou des allocations familiales supplémentaires pour mes enfants *

☐ Non

☒ Oui

Je perçois une pension alimentaire pour mes enfants *

☐ Non

☐ Oui

C. Vos revenus

14

Via le menu déroulant, vous pouvez naviguer entre les différentes parties du formulaire

Service public fédéral
Sécurité sociale

Direction générale
Personnes en situation de handicap

Données personnelles ^

Informations personnelles

Situation familiale

Vos revenus

Etudes et travail v

Situation de la vie quotidienne v

Dossiers prioritaires v

Pour terminer v

Données personnelles

Situation familiale

15

Q1: Quel est votre revenu actuel? Si le demandeur n'a pas de revenu il n'y a rien à introduire. Si oui indiquez le ou les sources de revenus

Quel est votre revenu actuel ?

☐ Je n'ai pas de revenu actuel

☒ J'ai un revenu actuel

Information

Indiquez ci-dessous vos revenus actuels. Plusieurs réponses sont possibles.

☒ Salaire ou rémunération

☐ Revenus de travailleur indépendant

☐ Indemnités de maladie et d'invalidité (mutuelle)

☐ Revenu d'intégration (CPAS)

☐ Allocations de chômage

☐ Pension

☐ Indemnités d'accident du travail

☐ Indemnités de maladie professionnelle

Au cours de 2021-2022, votre revenu a-t-il été supprimé et non remplacé ?

☐ Non

☐ Oui

16

Q2: au cours de l'année XX, votre revenu a-t-il été supprimé et non remplacé? Si non il n'y a rien à compléter, si oui indiquez le ou les sources de revenus concernés

☐ Pension
☐ Indemnités d'accident du travail
☐ Indemnités de maladie professionnelle

Au cours de 2021-2022, votre revenu a-t-il été supprimé et non remplacé ?

☐ Non
☒ Oui

Information

Indiquez ci-dessous les revenus concernés. Plusieurs réponses sont possibles.

☐ Salaire ou rémunération
☐ Revenus de travailleur indépendant
☐ Indemnités de maladie et d'invalidité (mutuelle)
☐ Revenu d'intégration (CPAS)
☐ Allocations de chômage
☐ Pension
☐ Indemnités d'accident du travail
☐ Indemnités de maladie professionnelle
☐ Autre

Votre revenu a-t-il été modifié au cours de 2021-2022 en raison d'un changement de votre composition de ménage, de votre état civil ou du nombre d'enfants à votre charge ?

17

Q3: votre revenu a-t-il été modifié au cours de l'année XX en raison d'un changement de composition de ménage, de votre état civil ou du nombre d'enfants à charge? Si non il n'y a rien à compléter, si oui indiquez le ou les sources de revenus concernés

ou du nombre d'enfants à votre charge ?

☐ Non
☒ Oui

Information

Veuillez indiquer ci-dessous les revenus concernés. Plusieurs réponses sont possibles.

☐ Salaire ou rémunération
☐ Revenus de travailleur indépendant
☐ Indemnités de maladie et d'invalidité (mutuelle)
☐ Revenu d'intégration (CPAS)
☐ Allocations de chômage
☐ Pension
☐ Indemnités d'accident du travail
☐ Indemnités de maladie professionnelle
☐ Autre

Avez-vous introduit une demande de prestation (maladie et invalidité, allocation de chômage...) ailleurs qui est encore en cours de traitement ?

☐ Non
☐ Oui

Avez-vous reçu une indemnité d'une compagnie d'assurance à la suite d'un accident (indemnisation) ou y a-t-il une enquête en cours pour l'obtention d'une indemnité ?

18

Q4: Avez-vous introduit une demande de prestation (maladie et invalidité, allocation de chômage, etc.) ailleurs qui est encore en cours de traitement? Si non il n'y a rien à compléter. Si oui, complétez les questions ci dessous.

Avez-vous introduit une demande de prestation (maladie et invalidité, allocation de chômage...) ailleurs qui est encore en cours de traitement ?

☐ Non

☒ Oui

Données de la demande de prestation

Type de prestation demandée

Remplissez ici

Institution où la prestation a été demandée

Remplissez ici

Avez-vous reçu une indemnité d'une compagnie d'assurance à la suite d'un accident (indemnisation) ou y a-t-il une enquête en cours pour l'obtention d'une indemnité ?

☐ Non

☐ Oui

19

Q5: Avez-vous reçu une indemnité d'une compagnie d'assurance à la suite d'un accident? Si non il n'y a rien à compléter. Si oui insérez la date de l'accident.

Avez-vous reçu une indemnité d'une compagnie d'assurance à la suite d'un accident (indemnisation) ou y a-t-il une enquête en cours pour l'obtention d'une indemnité ?

☐ Non

☒ Oui

Données de l'indemnité ou de la demande d'indemnité

Date de l'accident :

||/||/AAAA

Sauvegarder comme brouillon et quitter

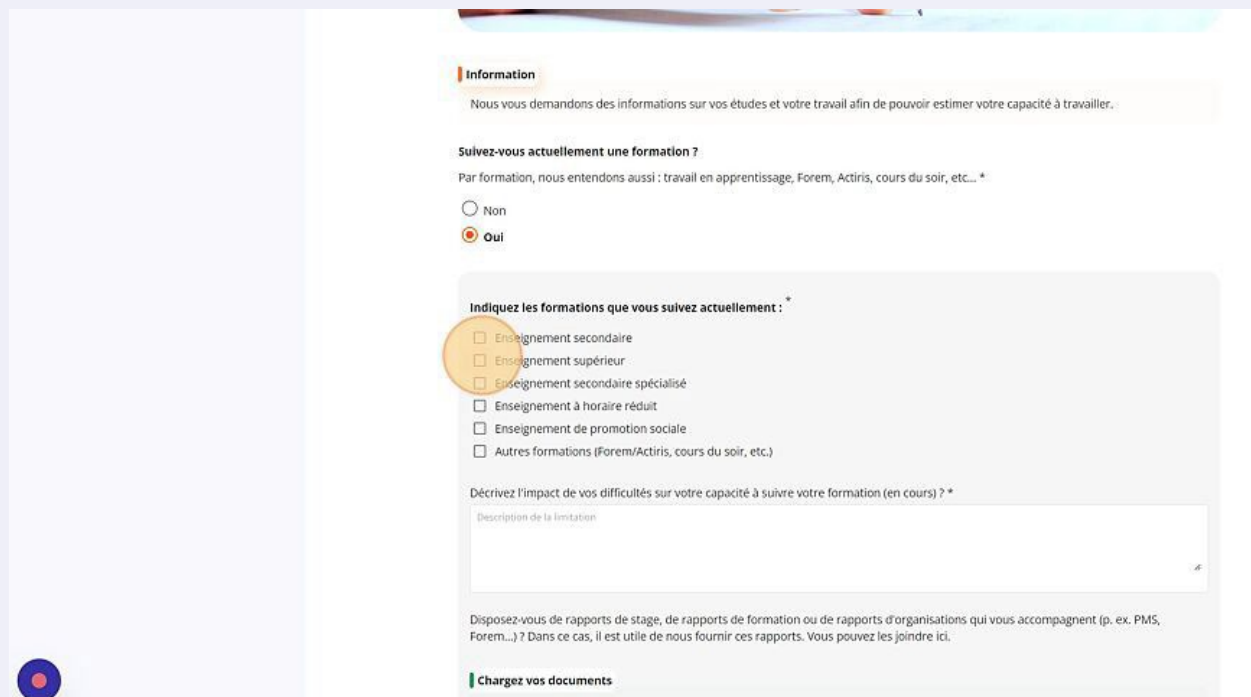
Précédent

Partie 2: Etudes et travail

A. Etudes

1

Q1: Suivez-vous actuellement une formation? Si non il n'y a rien à compléter. Si oui, indiquez la formation suivie. Ensuite, décrivez l'impact des difficultés sur la capacité à suivre la formation.



Information

Nous vous demandons des informations sur vos études et votre travail afin de pouvoir estimer votre capacité à travailler.

Suivez-vous actuellement une formation ?

Par formation, nous entendons aussi : travail en apprentissage, Forem, Actiris, cours du soir, etc... *

☐ Non

☒ Oui

Indiquez les formations que vous suivez actuellement : *

- ☐ Enseignement secondaire
- ☐ Enseignement supérieur
- ☐ Enseignement secondaire spécialisé
- ☐ Enseignement à horaire réduit
- ☐ Enseignement de promotion sociale
- ☐ Autres formations (Forem/Actiris, cours du soir, etc.)

Décrivez l'impact de vos difficultés sur votre capacité à suivre votre formation (en cours) ? *

Description de la limitation

Disposez-vous de rapports de stage, de rapports de formation ou de rapports d'organisations qui vous accompagnent (p. ex. PMS, Forem...) ? Dans ce cas, il est utile de nous fournir ces rapports. Vous pouvez les joindre ici.

Chargez vos documents

2

Si le demandeur est en possession de pièces jointes, vous pouvez directement les rajouter au document.

Disposez-vous de rapports de stage, de rapports de formation ou de rapports d'organisation (Forem...) ? Dans ce cas, il est utile de nous fournir ces rapports. Vous pouvez les joindre ici.

Chargez vos documents

Attestation de stage ou de formation

+ Ajouter fichier

Attestation d'une organisation d'accompagnement vers le travail ou la conservation du travail

+ Ajouter fichier

Indiquez le plus haut diplôme que vous avez obtenu : *

3

Q2: indiquez le plus haut diplôme que vous avez obtenu.

Attestation d'une organisation d'accompagnement vers le travail

+ Ajouter fichier

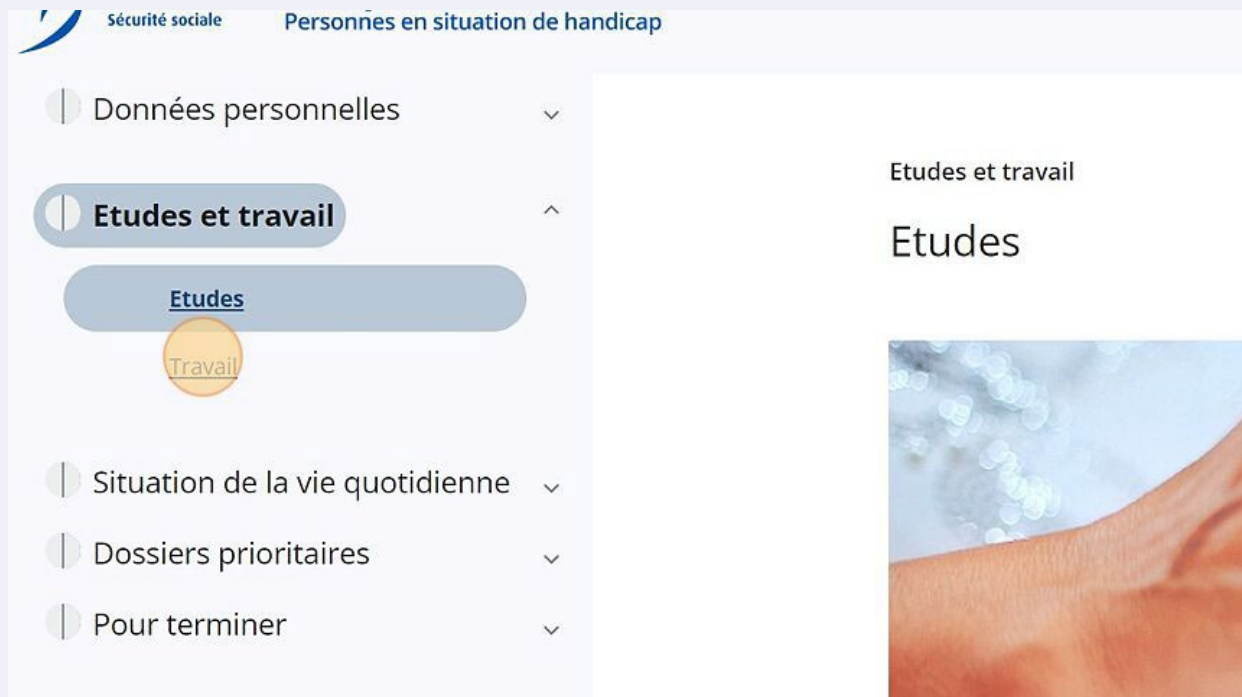
Indiquez le plus haut diplôme que vous avez obtenu : *

- ☒ Enseignement secondaire
- ☐ Enseignement supérieur
- ☐ Enseignement secondaire spécialisé
- ☐ Enseignement à horaire réduit
- ☐ Enseignement de promotion sociale
- ☐ Autres formations (Forem/Actiris, cours du soir, etc.)

B. Travail

4

Via le menu déroulant, vous pouvez naviguer entre les différentes parties du formulaire



The screenshot shows the navigation menu for the 'Personnes en situation de handicap' form. The menu is located on the left side of the page. It includes a header with the 'Sécurité sociale' logo and the title 'Personnes en situation de handicap'. Below the header, there is a list of menu items: 'Données personnelles', 'Etudes et travail', 'Etudes', 'Travail', 'Situation de la vie quotidienne', 'Dossiers prioritaires', and 'Pour terminer'. The 'Etudes et travail' item is currently selected, indicated by a blue bar and a small upward arrow. The 'Etudes' item is highlighted with a blue bar and a small downward arrow. The 'Travail' item is highlighted with an orange circle. The main content area on the right shows the title 'Etudes et travail' and 'Etudes' below it, with a blurred image of a person's arm.

Sécurité sociale Personnes en situation de handicap

Données personnelles

Etudes et travail

Etudes

Travail

Situation de la vie quotidienne

Dossiers prioritaires

Pour terminer

Etudes et travail

Etudes

5

Q1: Travaillez-vous en ce moment? Si non, indiquez la dernière année de travail.



Travaillez-vous en ce moment ?

Par « travail », nous entendons à la fois le travail à temps plein et à temps partiel, le volontariat, les jobs tant qu'homme/femme au foyer.

☒ Non
☐ Oui

Si vous avez travaillé dans le passé, en quelle année avez-vous travaillé pour la dernière fois?

Remplissez ici

Disposez-vous de rapports des organisations précitées qui ont pris des mesures d'accompagnement

6

Si OUI, répondez aux questions ci dessous.

Décrivez le travail que vous avez effectué ces cinq dernières années. Si vous travaillez ou avez travaillé dans une entreprise de travail adapté, précisez le type d'entreprise de travail adapté. *

Remplissez ici

Combien d'heures par semaine travaillez-vous en ce moment ? Nombre d'heures/semaine *

Remplissez ici

Décrivez précisément la façon dont vos difficultés limitent ou ont limité vos capacités à travailler : *

Description de la limitation

Y a-t-il une organisation qui vous aide à conserver votre travail actuel ou à trouver un nouveau travail ? *

☐ Non
☐ Oui

Disposez-vous de rapports des organisations précitées qui ont pris des mesures d'accompagnement vers le travail ou la conservation du travail ? Disposez-vous d'attestations d'emploi dans une entreprise de travail adapté ? Veuillez télécharger vos rapports ci-dessous.

7

Si le demandeur est en possession de pièces jointes, vous pouvez directement les rajouter au document.

Disposez-vous de rapports des organisations précitées qui ont pris des mesures ?
Disposez-vous d'attestations d'emploi dans une entreprise de travail adapté

Chargez vos documents

Attestation d'une organisation d'accompagnement vers le travail ou la cons

+ Ajouter fichier

Attestation d'emploi dans une entreprise de travail adapté

+ Ajouter fichier

Sauvegarder comme brouillon et quitter

Partie 3: situations de la vie quotidienne

A. activités quotidiennes

1

Via le menu déroulant, vous pouvez naviguer entre les différentes parties du formulaire

Sécurité sociale Personnes en situation de handicap

- Données personnelles
- Etudes et travail**
- Situation de la vie quotidienne
 - ✓ Activités quotidiennes
 - Déplacement
 - Courses, cuisine et prise des repas
 - Hygiène personnelle
 - Entretien du logement

Etudes et travail

Travail

2

Cette page d'accueil explique ce que nous entendons par "difficultés" et "assistance/dispositif"

Situation de la vie quotidienne

Activités quotidiennes

Dans cette partie, nous examinons les difficultés que vous rencontrez et le type d'assistance/de dispositifs dont vous avez besoin dans la vie quotidienne.

Concrètement, nous examinons vos difficultés **dans 6 domaines** :

-  Déplacement
-  Courses, cuisine et prise des repas
-  Hygiène personnelle
-  Entretien du logement
-  Dangers
-  Contacts sociaux

Les difficultés peuvent comprendre :

- la préparation mentale ou physique pour effectuer une activité
- les difficultés pendant l'exécution de l'activité
- les conséquences après avoir effectué l'activité

Attention

Ces difficultés peuvent être quotidiennes, périodiques ou sporadiques.

L'assistance/les dispositifs peuvent faire référence à :

- l'assistance professionnelle
- l'assistance de la famille, d'amis, de connaissances
- des dispositifs physiques

B. Déplacements

3

Les exemples de difficultés sont mentionnés pour aider le demandeur dans le remplissage des questions suivantes. CAS 1: "Je suis capable d'effectuer toutes les activités sans aucune difficultés". Il ne faut rien compléter.

marquez quelles sont les activités que vous êtes capable d'effectuer, mais avec difficulté :

Attention

Si vous ne mentionnez pas une activité, cela signifie que vous pouvez effectuer cette activité sans difficulté.

À l'aide d'exemples tirés de votre situation personnelle, décrivez les difficultés que vous rencontrez lors des activités indiquées :

Exemples de difficultés : j'évite les transports en commun à cause de l'affluence et de leur caractère imprévisible, je me déplace un minimum en raison de problèmes d'anxiété, je me déplace uniquement dans des lieux familiers en raison de mon handicap visuel, je ne peux me déplacer qu'en étant bien préparé, je me mets en danger sur la voie publique, etc.

Activités avec des difficultés *

- ☐ Je suis capable d'effectuer toutes ces activités sans aucune difficulté.
- ☐ Je suis capable de faire certaines activités avec des difficultés :
- ☐ Je suis capable d'effectuer aucune de ces activités.

Sauvegarder comme brouillon et quitter

Précédent

Suivant

4

CAS 1: "Je suis capable d'effectuer toutes les activités sans aucune difficultés". Il ne faut rien compléter.

À l'aide d'exemples tirés de votre situation personnelle, décrivez les difficultés que vous rencontrez :

Exemples de difficultés : j'évite les transports en commun à cause de l'affluence et de leur caractère imprévisible, je me déplace un minimum en raison de problèmes d'anxiété, je me déplace uniquement dans des lieux familiers en raison de mon handicap visuel, je ne peux me déplacer qu'en étant bien préparé, je me mets en danger sur la voie publique, etc.

Activités avec des difficultés *

- ☒ Je suis capable d'effectuer toutes ces activités sans aucune difficulté.
- ☐ Je suis capable de faire certaines activités avec des difficultés :
- ☐ Je suis capable d'effectuer aucune de ces activités.

Sauvegarder comme brouillon et quitter

5

CAS 2: "Je suis capable de faire certaines activités avec des difficultés". Indiquez quelles activités le citoyen est capable de faire avec des difficultés. Une fois les activités sélectionnées, décrivez quelles sont les difficultés du demandeur.

Avez-vous besoin d'une assistance/de dispositifs pour effectuer les activités ci-dessus? Si non il n'y a rien à compléter. Si oui sélectionnez la ou les catégories appropriées.

en raison de problèmes d'anxiété, je me déplace uniquement dans des lieux familiers en raison de n
déplacer qu'en étant bien préparé, je me mets en danger sur la voie publique, etc.

Activités avec des difficultés *

☐ Je suis capable d'effectuer toutes ces activités sans aucune difficulté.

☒ **Je suis capable de faire certaines activités avec des difficultés :**

- ☐ Se lever d'un siège
- ☐ Monter et descendre les escaliers
- ☐ S'orienter dans un environnement familier : tant à l'intérieur qu'à l'extérieur
- ☐ S'orienter dans un environnement étranger
- ☐ Marcher
- ☐ Prendre les transports en commun
- ☐ Conduire une voiture, une moto, rouler à vélo

☒ **Je suis capable de faire certaines activités avec des difficultés :**

- ☒ Se lever d'un siège
- ☐ Monter et descendre les escaliers
- ☐ S'orienter dans un environnement familier : tant à l'intérieur qu'à l'extérieur
- ☐ S'orienter dans un environnement étranger
- ☐ Marcher
- ☐ Prendre les transports en commun
- ☐ Conduire une voiture, une moto, rouler à vélo

☐ Je suis capable d'effectuer aucune de ces activités.

Se lever d'un siège

Décrivez les difficultés que vous rencontrez *

Avez-vous besoin d'assistance/de dispositifs pour effectuer les activités ci-dessus ? *

Avez-vous besoin d'assistance/de dispositifs pour effectuer les activités ci-dessus ? *

- ☐ Non
☒ Oui

Indiquez le type d'assistance/de dispositifs dont vous avez besoin : *

- ☐ Assistance professionnelle : centre de revalidation, aide familiale, centrale des moins mobiles, etc.
☐ Assistance de la famille/d'amis : parent, conjoint, etc.
☐ Soutien dans l'environnement : lumière adaptée, itinéraire clair dans les bâtiments, etc.
☐ Dispositifs physiques : fauteuil roulant, déambulateur, canne, monte-escalier, chaussures orthopédiques, alarme personnelle, taxi, etc.

Sauvegarder comme brouillon et quitter

Précédent

Suivant

6

CAS 3: "je suis capable d'effectuer aucune de ces activités". Dans ce cas de figure, indiquez les raisons adaptées.
Si le citoyen à besoin d'assistance/dispositifs, indiquez les et précisez lesquels.

Avez-vous besoin d'assistance/de dispositifs pour effectuer les activités ci-dessus ? *

- ☐ Non
☒ Oui

Indiquez le type d'assistance/de dispositifs dont vous avez besoin : *

- ☒ Assistance professionnelle : centre de revalidation, aide familiale, centrale des moins mobiles, etc.

Précisez le type d'assistance dont vous avez besoin : *

Remplissez ici

- ☐ Assistance de la famille/d'amis : parent, conjoint, etc.
☐ Soutien dans l'environnement : lumière adaptée, itinéraire clair dans les bâtiments, etc.
☐ Dispositifs physiques : fauteuil roulant, déambulateur, canne, monte-escalier, chaussures orthopédiques, alarme personnelle, taxi.

C. Courses, cuisine et prise des repas

7

Via le menu déroulant, vous pouvez naviguer entre les différentes parties du formulaire.

✓ Activités quotidiennes

Déplacement

Courses, cuisine et prise des repas

Hygiène personnelle

Entretien du logement

Dangers

Contacts sociaux

| Dossiers prioritaires



| Pour terminer



Indiquez quelles sc
avec difficulté :

8

Le principe mentionné (3 cas) pour les déplacements reste le meme pour tous les domaines.



Indiquez quelles sont les activités que vous êtes capable d'effectuer, mais avec difficulté :

Attention

Si vous ne mentionnez pas une activité, cela signifie que vous pouvez effectuer cette activité sans difficulté.

À l'aide d'exemples tirés de votre situation personnelle, décrivez les difficultés que vous rencontrez lors des activités indiquées :

Exemples de difficultés : J'évite le contact humain après une visite au supermarché, j'ai des douleurs musculaires lorsque je reste debout pour cuisiner, mes repas ne sont pas diversifiés, etc.

Activités avec des difficultés *

- ☒ Je suis capable d'effectuer toutes ces activités sans aucune difficulté.
- ☐ Je suis capable de faire certaines activités avec des difficultés :
- ☐ Je suis capable d'effectuer aucune de ces activités.

Sauvegarder comme brouillon et quitter

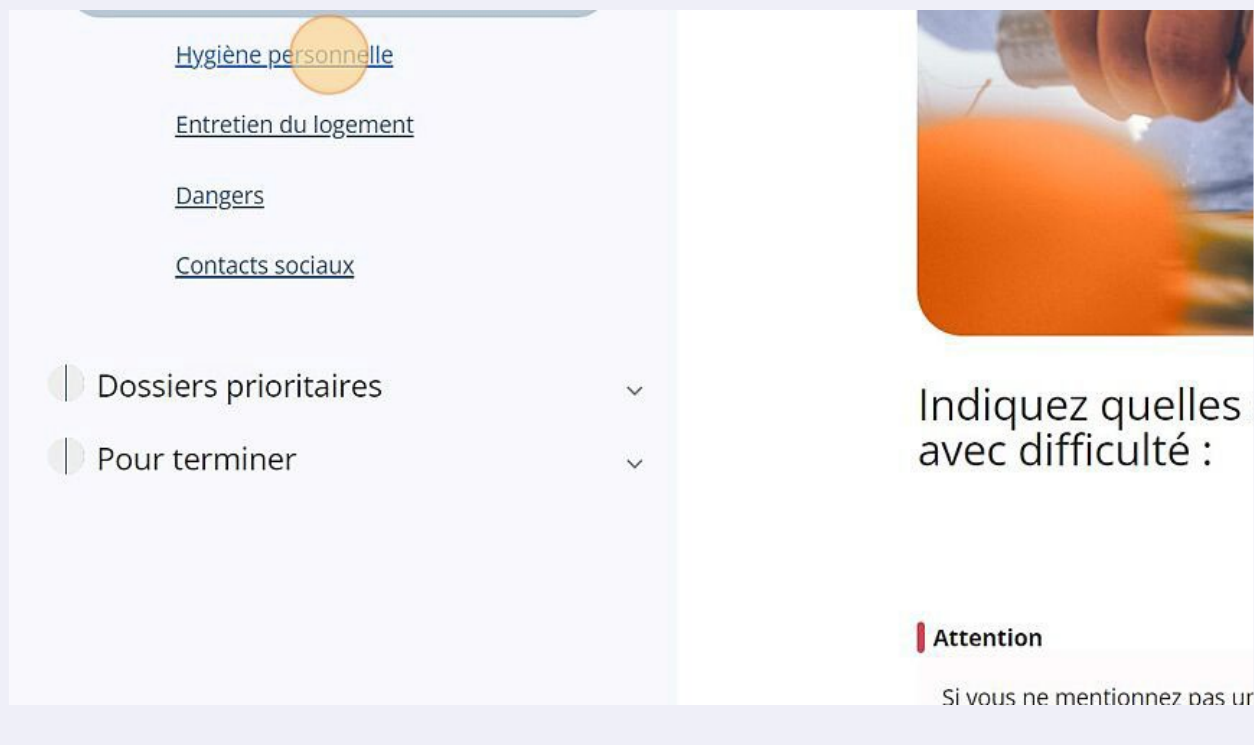
Précédent

Suivant

D. Hygiène personnelle

9

Via le menu déroulant, vous pouvez naviguer entre les différentes parties du formulaire.



The screenshot shows a web form interface. On the left, there is a sidebar menu with the following items: Hygiène personnelle (highlighted with an orange circle), Entretien du logement, Dangers, and Contacts sociaux. Below these are two expandable sections: 'Dossiers prioritaires' and 'Pour terminer', each with a dropdown arrow. The main content area on the right features a large orange image of a hand squeezing a fruit. Below the image, the text reads 'Indiquez quelles avec difficulté :'. At the bottom right, there is a red 'Attention' icon followed by the text 'Si vous ne mentionnez pas ur'.

Hygiène personnelle

Entretien du logement

Dangers

Contacts sociaux

Dossiers prioritaires

Pour terminer

Indiquez quelles avec difficulté :

Attention

Si vous ne mentionnez pas ur

10

Le principe mentionné (3 cas) pour les déplacements reste le même pour tous les domaines.



Indiquez quelles sont les activités que vous êtes capable d'effectuer, mais avec difficulté :

Attention

Si vous ne mentionnez pas une activité, cela signifie que vous pouvez effectuer cette activité sans difficulté.

À l'aide d'exemples tirés de votre situation personnelle, décrivez les difficultés que vous rencontrez lors des activités indiquées :

Exemples de difficultés : j'ai besoin d'une marche à suivre pour pouvoir faire ma toilette matinale, j'oublie d'enfiler des vêtements propres; j'ai besoin de plus de temps pour aller aux toilettes, prendre une douche et m'habiller, tout doit avoir une place définie, quelqu'un doit m'accompagner pour aller aux toilettes, etc.

Activités avec des difficultés *

- ☒ Je suis capable d'effectuer toutes ces activités sans aucune difficulté.
- ☐ Je suis capable de faire certaines activités avec des difficultés :
- ☐ Je suis capable d'effectuer aucune de ces activités.

Sauvegarder comme brouillon et quitter

Précédent

Suivant

E. Entretien du logement

11

Via le menu déroulant, vous pouvez naviguer entre les différentes parties du formulaire.

12

Le principe mentionné (3 cas) pour les déplacements reste le même pour tous les domaines.

F. Dangers

13

Via le menu déroulant, vous pouvez naviguer entre les différentes parties du formulaire.

✓ [Hygiène personnelle](#)

✓ [Entretien du logement](#)

[Dangers](#)

[Contacts sociaux](#)

| Dossiers prioritaires



| Pour terminer



Indiquez quelles sc
avec difficulté :

Attention

Si vous ne mentionnez pas une a

14

Le principe mentionné (3 cas) pour les déplacements reste le même pour tous les domaines.



Indiquez quelles sont les activités que vous êtes capable d'effectuer, mais avec difficulté :

Attention

Si vous ne mentionnez pas une activité, cela signifie que vous pouvez effectuer cette activité sans difficulté.

À l'aide d'exemples tirés de votre situation personnelle, décrivez les difficultés que vous rencontrez lors des activités indiquées :

Exemples de difficultés : en raison de problèmes d'audition, je ne suis pas capable d'évaluer les sources de danger ; je peux me mettre en danger car il m'est difficile de réagir à des situations inattendues, je néglige les démarches administratives, il m'est difficile de réagir au danger en raison de ma mobilité réduite, etc.

Activités avec des difficultés *

- ☒ Je suis capable d'effectuer toutes ces activités sans aucune difficulté.
- ☐ Je suis capable de faire certaines activités avec des difficultés :
- ☐ Je suis capable d'effectuer aucune de ces activités.

Sauvegarder comme brouillon et quitter

Précédent

Suivant

G. Contacts sociaux

15

Via le menu déroulant, vous pouvez naviguer entre les différentes parties du formulaire.

✓ [Hygiène personnelle](#)

✓ [Entretien du logement](#)

✓ [Dangers](#)

[Contacts sociaux](#)

| Dossiers prioritaires



| Pour terminer



Indiquez quelles sc
avec difficulté :

Attention

Si vous ne mentionnez pas une a

16

Le principe mentionné (3 cas) pour les déplacements reste le meme pour tous les domaines.



Indiquez quelles sont les activités que vous êtes capable d'effectuer, mais avec difficulté :

Attention

Si vous ne mentionnez pas une activité, cela signifie que vous pouvez effectuer cette activité sans difficulté.

À l'aide d'exemples tirés de votre situation personnelle, décrivez les difficultés que vous rencontrez lors des activités indiquées :

Exemples de difficultés : je suis stressé avant de rencontrer quelqu'un, j'ai du mal à m'exprimer dans ma propre langue, je suis distrait, je n'entends ou ne comprends pas bien ce que les gens me disent, je dois renoncer à une vie sociale en raison de ma mobilité réduite, je dois téléphoner au lieu d'envoyer des messages, j'ai besoin de plus de temps pour comprendre les informations dans une conversation, j'ai tendance à m'isoler, je n'ai de contacts qu'avec ma famille, etc.

Activités avec des difficultés *

- ☒ Je suis capable d'effectuer toutes ces activités sans aucune difficulté.
- ☐ Je suis capable de faire certaines activités avec des difficultés :
- ☐ Je suis capable d'effectuer aucune de ces activités.

Sauvegarder comme brouillon et quitter

Précédent

Suivant

Partie 4: dossiers prioritaires & pour terminer

Dossiers prioritaires

1

Via le menu déroulant, vous pouvez naviguer entre les différentes parties du formulaire



The screenshot shows the navigation menu for the 'Personnes en situation de handicap' form. The menu is located on the left side of the screen. It includes the following items:

- Sécurité sociale
- Personnes en situation de handicap
- Données personnelles
- Etudes et travail
- Situation de la vie quotidienne** (highlighted with a blue background)
- Dossiers prioritaires (with an orange circle highlighting the word 'prioritaires')
- [Dossiers prioritaires](#) (a link below the previous item)
- Pour terminer

On the right side of the screen, the text 'Situation de la vie quotidienne' and 'Déplacement' are visible. Below this text is a blue-tinted image of a staircase railing.

2

Q1: suivez-vous un traitement de chimiothérapie, de radiothérapie ou d'immunothérapie qui a un impact considérable sur votre état général et votre vie quotidienne. Indiquez OUI ou NON

Information

Dans certaines situations médicales graves, nous traitons votre demande de manière accélérée sans que vous deviez vous rendre dans l'un de nos centres régionaux pour un examen.

Suivez-vous un traitement de chimiothérapie, de radiothérapie ou d'immunothérapie qui a un impact considérable sur votre état général et votre vie quotidienne ? *

☐ Non
☒ Oui

Souffrez-vous d'une maladie grave à évolution rapide avec une diminution importante de votre espérance de vie ? *

☐ Non
☐ Oui

Sauvegarder comme brouillon et quitter

Précédent

Suivant

3

Q2: Souffrez-vous d'une maladie grave à évolution rapide avec une diminution importante de votre espérance de vie? Indiquez OUI ou NON

Suivez-vous un traitement de chimiothérapie, de radiothérapie ou d'immunothérapie qui a un impact considérable sur votre état général et votre vie quotidienne ?

☐ Non
☒ Oui

Souffrez-vous d'une maladie grave à évolution rapide avec une diminution importante de votre espérance de vie ?

☐ Non
☒ Oui

Attention

Il est important que nous recevions au plus vite vos rapports médicaux. Ce n'est que lorsque nous les aurons reçus que nous pourrions traiter votre demande en priorité. Vous pouvez les joindre ici.

Chargez vos documents

Dossier médical

4

Si le citoyen est en possession de documents médicaux, ceux-ci peuvent directement être ajoutés au formulaire.

Attention

Il est important que nous recevions au plus vite vos rapports médicaux. Ce n'est que lo
traiter votre demande en priorité.
Vous pouvez les joindre ici.

Chargez vos documents

Dossier médical

+ Ajouter fichier

Vous ne téléchargez pas les rapports médicaux ici ? *

- ☐ Vous nous transmettez vous-même vos rapports au moyen du formulaire de contact
- ☐ Nous demandons vos rapports médicaux à votre médecin traitant.

Attention : ceci ralentira le traitement de votre demande.

5

Si la réponse est OUI à une des deux questions précédentes, deux choix sont possibles. Envoyer les documents par le formulaire de contact, ou que le SPF fasse les démarches.

Chargez vos documents

Dossier médical

+ Ajouter fichier

Vous ne téléchargez pas les rapports médicaux ici ? *

- ☒ Vous nous transmettez vous-même vos rapports au moyen du formulaire de contact.
- ☐ Nous demandons vos rapports médicaux à votre médecin traitant.

Attention : ceci ralentira le traitement de votre demande.

Sauvegarder comme brouillon et quitter

Pour terminer

6

Via le menu déroulant, vous pouvez naviguer entre les différentes parties du formulaire

Situation de la vie quotidienne ▾

✓ **Dossiers prioritaires** ▲

✓ [Dossiers prioritaires](#)

Pour terminer ▾

Dossiers prioritaires

Information

Dans certaines situations médicales, vous pouvez bénéficier d'un de nos centres régionaux pour...

Suivez-vous un traitement de chimiothérapie ou un traitement de soutien général et votre vie quotidienne est-elle affectée ?

☐ Non

☒ Oui

Souffrez-vous d'une maladie grave ou chronique ?

7

Q1: Quelle est votre plus grande problématique? Possibilité d'ajouter des éléments qui n'ont pas pu être mentionnés dans le formulaire.

Pour terminer

Quelle est votre plus grande problématique ? *

Qui vous a aidé à remplir cette demande ? *

-- Choisissez dans cette liste --

Sauvegarder comme brouillon et quitter

Précédent Soumettre

8

Via le menu déroulant, répondez à la question.

Quelle est votre plus grande problématique ? *

Qui vous a aidé à remplir cette demande ? *

Personne

Famille/amis/connaissances

CPAS

Commune/ville

Mutualité Chrétienne

Mutualité Neutre

Mutualités Libres (Partenamut)