FORMULAIRE

Demande d'intervention pour les aides matérielles individuelles

pour les personnes en situation de handicap

Attention : uniquement pour les personnes domiciliées en Région bruxelloise

Veillez à compléter de façon lisible l'intégralité du formulaire, de le dater et de le signer avant de le faire parvenir à votre organisme assureur (mutualité ou CAAMI).

ⓘ *Une note explicative est disponible sur le site d'Iriscare pour vous aider à compléter votre demande :* www.iriscare.brussels/aides-individuelles.

🔑 *= documents ressources comprenant des informations utiles pour l'introduction de votre demande et disponibles sur le site d'Iriscare.*

📎 *= documents à joindre à la demande.*

1. VOS COORDONNÉES

1.1 Données d'identification

Apposez ici une vignette de votre organisme assureur :

Si vous ne disposez pas de vignette, veuillez indiquer le nom de votre organisme assureur ci-dessous :

Organisme assureur : .....

Nom[1] : ☐ M. ☐ Mme. ☐ Autre .....

Prénom(s)[1] : .....

Date de naissance : ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ ___ ___

Numéro de Registre national - : __ __ · __ __ · __ __ - __ __ __ · __ __

[1] Ecrivez votre nom en majuscules et ne renseignez que vos prénoms officiels.

1.2 Données de contact

Tél : ---------- GSM : ----------

Courriel : ---------- @ ----------

Adresse du domicile

Rue : ---------- N° : ---------- Bte : ----------

Code postal : ___ ___ ___ ___ Commune : ----------

ⓘ *Par défaut, les courriers sont envoyés à votre adresse officielle (renseignée au Registre national).*

1.3 Si vous résidez en institution

Nom de l'institution : ----------

Type d'institution:

- ☐ Centre d'hébergement pour personnes handicapées
- ☐ Maison de repos / Maison de repos et de soins
- ☐ Résidence-services
- ☐ Service d'aide à la vie journalière
- ☐ Autres : .....

Adresse de l'institution :

Rue : ---------- N° : ---------- Bte : ----------

Code postal : ___ ___ ___ ___ Commune : ----------

ⓘ Les données de contact (courriel, tél....) récoltées via ce formulaire seront utilisées uniquement dans le cadre du traitement de cette demande.

2. VOTRE DEMANDE D'INTERVENTION CONCERNE :

- ☐ une nouvelle aide
- ☐ un renouvellement de matériel
- ☐ une demande d'entretien ou de réparation[2]

[2] Dans le cas où vous avez obtenu l'intervention pour l'achat d'une aide matérielle via votre organisme assureur, il n'est pas nécessaire de compléter le formulaire de demande pour demander une intervention pour l'entretien ou la réparation de cette aide. Vous pouvez directement transmettre votre facture à votre organisme assureur à l'aide du document « transmission d'informations et documents » (facultatif).

3. AVEZ-VOUS DEJA BENEFICIE D'UN REMBOURSEMENT D'UNE AIDE MATERIELLE INDIVIDUELLE PAR UN AUTRE ORGANISME ? SI OUI, VEUILLEZ PRECISER LEQUEL :

☐ **NON**, je certifie que je n'ai bénéficié d'aucun remboursement d'aide individuelle.

☐ **OUI, par :**

- ☐ **PHARE**, ex-Fonds bruxellois francophone pour les personnes handicapées (FBFPH).
  Numéro de dossier : ----------
- ☐ **VAPH** (Vlaams agentschap voor personen met een handicap)
- ☐ **AVIQ** (Agence wallonne pour une Vie de Qualité)
- ☐ **DSL** (Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben)
- ☐ Autre, précisez : ----------

Pour le traitement de votre demande :

☐ J'autorise mon organisme assureur à demander l'accès à mon dossier d'aides matérielles individuelles dans un autre organisme, mentionné ci-dessus, afin d'en exploiter les données dans le cadre de ma demande.

☐ Je fournis mon dossier d'aides matérielles individuelles à mon organisme assureur .

ⓘ La décision de vous accorder une aide se fera notamment sur base de toutes les pièces remises. Il est donc important que le dossier soit complet.

4. AVEZ-VOUS UNE RECONNAISSANCE DE HANDICAP OU ETES-VOUS ADMIS PAR UN SERVICE TEL QUE LE PHARE, LA VAPH, L'AVIQ, LA DSL OU UN AUTRE ?

☐ **OUI**

☐ **NON**

Si oui, vous pouvez joindre une copie de la reconnaissance [3].

5. ASSURANCES

5.1 Accident

Votre handicap est-il la conséquence d'un accident ?

☐ **OUI** ☐ **NON**

Si oui, une assurance est-elle intervenue pour couvrir en tout ou en partie l'aide que vous demandez ?

- ☐ **OUI** *(veuillez joindre un justificatif de la compagnie d'assurance)*
- ☐ **NON**

[3] Si vous joignez une copie de cette reconnaissance, vous consentez à ce que cette dernière soit utilisée pour faciliter le traitement de votre demande.

5.2 Sinistre et vol

S'il s'agit d'une demande de <u>renouvellement ou de réparation</u>, est-elle liée à un sinistre ou à un vol ?

☐ **<u>OUI</u>** *(si vous disposez d'un procès-verbal de la police, veuillez le joindre 👆)*

☐ **<u>NON</u>**

Une assurance est-elle intervenue pour vous dédommager ?

☐ **<u>OUI</u>** *(veuillez joindre un justificatif de la compagnie d'assurance 👆)*

☐ **<u>NON</u>**

6. VOTRE DEMANDE

6.1 Complétez le tableau ci-dessous en précisant, sous la catégorie correspondante, les aides dont vous avez besoin.

La liste complète des aides matérielles individuelles se trouve dans la **nomenclature 🔎 ,** que vous trouverez sur le site d'Iriscare.

Veuillez détailler le plus précisément possible les aides que vous demandez car il peut exister des sous-catégories selon le type d'aide. Par exemple, pour une demande d'intervention pour un siège de douche, il convient de préciser le type de siège demandé (ex : mural).

Catégories	**Aide(s)**
Biens d'équipement *(Lits médicalisés, matelas anti-escarres, lève-personne...)*	
Aides à la communication *(Ordinateur, tablette, logiciels...)*	
Frais liés à l'incontinence *(Produits absorbants...)*	☐ Oui ☐ Non
Aides au déplacement *(Canne blanche, tricycle, adaptations voiture...)*	

Aménagement immobilier et mobilier *(Adaptation salle de bain, dispositifs d'ouverture…)*	
Petit équipement *(Pince de préhension, couverts adaptés…)*	
Autre Pour toute demande d'aide qui ne se trouve pas dans la nomenclature[4]	

6.2 Pourquoi avez besoin de ces aides ? Justifiez vos demandes d'intervention :

N'hésitez pas à faire référence et à joindre tout rapport nécessaire (ergothérapeute, service d'accompagnement…) pour justifier votre demande. En fin de formulaire, une page complète vous permet de détailler vos justifications si nécessaire.

---

[4] Il est possible de demander une dérogation. Ces demandes de dérogation sont introduites par votre organisme assureur pour décision au Collège Multidisciplinaire d'Iriscare.

6.3 A quels endroits les aides seront-elles utilisées ?

À compléter uniquement pour le petit équipement et les aides à la communication.

	Petit équipement	Aides à la communication
Au domicile	☐	☐
Sur le lieu de travail*	☐	☐
Au sein d'un service ou d'une institution (centre de jour ou d'hébergement, maison de repos / et de soins, service d'aide à la vie journalière). Précisez lequel.	☐	☐ .....
Au sein d'un établissement scolaire. Précisez le type d'enseignement suivi.	☐	☐ .....
Ailleurs (précisez).	☐	☐ .....

* *Si l'aide est uniquement utilisée sur votre lieu de travail, veuillez faire une demande d'adaptation du poste de travail auprès du service bruxellois compétent (cf. note explicative).*

6.4 S'il s'agit d'un renouvellement d'un matériel déjà accordé, veuillez préciser si ce renouvellement est dû :

☐ à une **évolution de la situation** qui justifie la nécessité d'un **nouveau matériel**
➔ Joindre un document précisant l'évolution de la situation 📎

☐ au fait que **le matériel n'est pas réparable** ou que le **coût de la réparation est disproportionné** par rapport à l'achat d'un nouveau matériel
➔ Joindre une attestation d'irréparabilité du fournisseur établie préalablement à l'achat du nouveau matériel, ou le devis des réparations 📎

7. DOCUMENTS JOINTS A LA DEMANDE

7.1 S'il s'agit d'une première demande auprès de votre organisme assureur ou si votre situation de handicap a changé :

✓ Veuillez joindre des **rapports médicaux** 📎 décrivant votre handicap et le lien avec les aides demandées.

L'annexe médicale 📎 peut être complétée par votre médecin et ajoutée en complément des rapports médicaux. Elle peut être utilisée seule (sans rapports médicaux annexés) uniquement pour les demandes d'intervention pour les frais liés à l'incontinence et pour les matelas anti-escarres.
Pour toutes les autres aides, des rapports médicaux complémentaires sont nécessaires.

7.2 Cochez ci-dessous les documents joints à votre demande (vous trouvez la liste complète des documents nécessaires à joindre selon l'aide demandée dans la checklist 🔑) :

- ☐ Devis Nombre : ----------
- ☐ Facture(s) Nombre : ----------
- ☐ Rapports médicaux (Pour plus d'informations sur les conditions médicales par type d'aide, veuillez consulter **la nomenclature** 🔑).
- ☐ Rapport d'un service spécialisé justifiant la demande
- ☐ Attestation d'irréparabilité
- ☐ Attestation d'essai
- ☐ Preuve de propriété de l'habitation ou accord du propriétaire
- ☐ Annexe 1 - Annexe médicale 🔑
- ☐ Annexe 2 - Description du lieu de vie (pour personnes sourdes et malentendantes) 🔑
- ☐ Autre, précisez : ----------

✓ Vérifiez la lisibilité des documents fournis, sous forme de copie ou de scan.
✓ Veillez à scanner ou copier toutes les pages utiles (recto/verso).
✓ Gardez toujours les originaux en votre possession.

8. COORDONNEES DU PROFESSIONNEL OU DU SERVICE QUI VOUS AIDE A COMPLETER CE FORMULAIRE

Je souhaite que la personne ou le service indiqué ci-dessous reçoive la copie de la décision et des demandes d'informations complémentaires :

☐ **OUI** ☐ **NON**

Si oui, vous souhaitez que ces informations soient transmises :

☐ par courrier ☐ par voie électronique

Nom : ☐ M. ☐ Mme. ☐ Autre ----------

Prénom(s) : ----------

Fonction : ----------

Nom de l'organisme : ----------

Adresse : ---------- N° : ---------- Bte : ----------

Code postal : ___ ___ ___ ___ Commune : ----------

Tél : ---------- GSM : ----------

Courriel : ---------- @ ----------

9. SIGNATURE DE LA DEMANDE

Veuillez cocher les cases correspondantes à votre situation :

☐ **Vous êtes majeur(e) :**

Situation	**Qui signe ? (signez en fin de document)**
☐ 1) Vous ne faites l'objet d'aucune mesure de protection judiciaire.	Vous signez en votre nom.
☐ 2) Vous bénéficiez d'une protection judiciaire (décision d'un juge de paix) visant la gestion des biens et les droits individuels de la personne.	Votre administrateur.
☐ 3) Vous bénéficiez d'une mesure de protection visant uniquement la gestion des biens.	Votre signature et celle de l'administrateur ou du mandataire.
☐ 4) Vous bénéficiez d'une dispense de signature définitive ou temporaire.	Fournir une copie recto-verso de la carte d'identité ou de l'attestation médicale.

☐ **Vous êtes mineur(e) :**

Situation	**Qui signe ? (signez en fin de document)**
☐ 5) Votre représentant légal est votre père, votre mère ou votre tuteur.	Votre représentant légal.
☐ 6) Vous êtes sous la protection d'une décision d'un Juge de la jeunesse.	Votre représentant légal et/ou le juge de la jeunesse.

Pour les situations 2) à 6), précisez ci-dessous les coordonnées de votre représentant légal (parent, tuteur, …), du juge de la jeunesse, du mandataire ou de l'administrateur :

Nom : ☐ M. ☐ Mme. ☐ Autre .....

Prénom(s) : .....

Adresse : ..... N° : ..... Bte : .....

Code postal : ___ ___ ___ ___ Commune : .....

Facultatif :

GSM : .....

Lien avec la personne : .....

Courriel : ..... @ .....

! Joindre le mandat ou la décision de justice pour toute première demande !

En remplissant ce formulaire, j'autorise mon organisme assureur bruxellois à traiter mes données à caractère personnel conformément à la législation belge et européenne applicable en matière de protection de la vie privée, en particulier le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (ci-après, le règlement général sur la protection des données), et conformément aux articles 11 et 12 de l'ordonnance du 21 décembre 2018 relative aux organismes assureurs bruxellois dans le domaine des soins de santé et de l'aide aux personnes. Pour plus d'informations concernant le traitement de vos données personnelles, veuillez consulter la politique de confidentialité de votre organisme assureur bruxellois, notamment disponible en ligne ou sur demande.

Signature(s)

Cochez ce qui correspond à votre situation :

☐ du demandeur ☐ du représentant légal (parent, tuteur) ☐ du juge de la jeunesse
☐ de l'administrateur ou du mandataire ☐ demandeur avec dispense de signature

Date : __ __ / __ __ / __ __ __ __ **Signature(s) :**

Veuillez faire parvenir ce formulaire, en format papier, à votre organisme assureur

Organisme assureur	**Adresse**
Mutualité chrétienne (OA100)	Centre de compétence AI – Aides matérielles Individuelles Boulevard Anspach 111/115, 1000 Bruxelles. Ou dans une agence proche de chez vous.
Mutualités neutres - Mutualia (OA228)	Boulevard Brand Whitlock 87/93 bte 4, 1200 Woluwe-Saint-Lambert
Mutualité Socialiste – Solidaris Brabant (OA306)	Rue du midi 111, 1000 Bruxelles
Mutualité Libérale - ML MUTPLUS.be (OA403)	Place de la reine 51-52, 1030 Schaerbeek
Mutualités libres (OA500)	Route de Lennik 788A, 1070 Bruxelles
CAAMI (OA600)	Direction des victimes de guerre (service aides individuelles) Rue du Trône, 30A 1000 Bruxelles

Sur cette page, si nécessaire, vous pouvez justifier davantage vos demandes d'intervention en lien avec votre situation (Question 6.2).