

## DEMANDE D'ALLOCATIONS FAMILIALES MAJORÉES (AFM)<sup>1</sup>

Formulaire à compléter et nous renvoyer à

☑ **Iriscare - Centre d'évaluation de l'autonomie et du handicap**  
**Rue de Trèves, 70 boîte 3, 1000 Bruxelles**

### Ce formulaire est composé de deux parties :

#### VOLET A - DONNÉES ADMINISTRATIVES

Ce volet est destiné au traitement administratif du dossier.

#### VOLET B - DEGRÉ D'AUTONOMIE OU DE LA GRAVITÉ DES CONSÉQUENCES DE L'AFFECTION PRÉSENTÉE PAR L'ENFANT

Ce volet est destiné à l'équipe d'évaluation. Veuillez y indiquer les difficultés rencontrées par l'enfant et les efforts fournis par la famille.

**Les données marquées d'une astérisque recueillies via ce formulaire doivent obligatoirement être fournies. Dans le cas contraire, nous ne disposerons pas de suffisamment d'informations pour traiter votre demande ou y répondre correctement.**

Vous pouvez compléter ce document vous-même ou vous faire aider par une autre personne (médecin, assistante sociale, famille, amis...).

### VOLET A - DONNÉES ADMINISTRATIVES

**Répondez aux questions ci-dessous de la manière la plus complète et précise possible.**

#### 1. DONNÉES PERSONNELLES DE L'ENFANT\*

Numéro de registre national (au verso de la carte d'identité) : \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

(domicile légal renseigné au registre national :)

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_

Numéro : \_\_\_\_\_ Boîte : \_\_\_\_

Enseignement suivi par l'enfant :

- ☐ Ecole francophone
- ☐ Ecole néerlandophone
- ☐ Autre : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Iriscare - Centre d'évaluation de l'autonomie et du handicap traite vos données à caractère personnel en respectant la réglementation en vigueur applicable au traitement de données à caractère personnel et, en particulier, le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (ci-après, "le Règlement général sur la protection des données" ou "RGPD") et la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Les données recueillies sur ce formulaire et marquées d'une astérisque sont obligatoires et nécessaires au bon traitement de votre demande et dans la mesure où cela est nécessaire pour vous contacter ou contacter votre médecin. Elles ne seront pas réutilisées à d'autres fins.

Pour en savoir plus sur la gestion de vos données et de vos droits, veuillez consulter notre politique de confidentialité via : [Protection des données à caractère personnel - mylriscare](#)

**Nous écrire :** Iriscare - Centre d'évaluation de l'autonomie et du handicap  
Rue de Trèves, 70 boîte 3, 1000 Bruxelles

**Nous visiter :** Rue de Trèves, 70, 1000 Bruxelles - de 8h30 à 16h30

**Nous contacter :** 0800 35 499 (gratuit) - de 8h30 à 16h30 (le lundi et le jeudi de 8h30 à 12h00)

## 2. DONNÉES DE CONTACT

### 2.1. DANS QUELLE LANGUE VOULEZ-VOUS ÊTRE CONTACTÉ(E)\* ?

☐ FR

☐ NL

### 2.2. DONNÉES DES PARENTS OU DU REPRESENTANT LÉGAL\* :

☐ Mère

☐ Père

☐ Représentant légal

Numéro de registre national :    \_ \_ . \_ \_ . \_ \_ - \_ \_ \_ . \_ \_

Nom : .....

Prénom : .....

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

Rue : .....

Numéro : ..... Boîte : .....

Téléphone fixe : .....

GSM : .....

E-mail : .....

➔ ***Dans le cas où il y a eu une décision de justice relative à la désignation du représentant légal, veuillez fournir une copie de cette décision en annexe.***

### 2.3. ADRESSE ACTUELLE DE RÉSIDENCE DE L'ENFANT\*

*(si différente de votre domicile légal renseigné au registre national)*

☐ Parents ou tuteur légal      ☐ Institution, précisez : .....

☐ Autre, précisez : .....

Rue : .....

Numéro : ..... Boîte : .....

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

Pays : .....



**Iriscare**

www.mylriscare.brussels

Réf. à mentionner dans toute correspondance

\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_



**0800 35499**



autonomie-handicap@iriscares.brussels

## 2.4. VOULEZ-VOUS INDIQUER UNE PERSONNE DE CONTACT ?

☐ Oui (*Indiquez les données de contact*)

☐ Non

Nom : .....

Prénom : .....

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

Rue : .....

Numéro : ..... Boîte : .....

Téléphone fixe : .....

GSM : .....

E-mail : .....

Quel lien avez-vous avec la personne de contact mentionnée : .....

Pouvons-nous communiquer le dossier médical de l'enfant  
à la personne de contact mentionnée ?

☐ Oui

☐ Non

**Nous écrire :** Iriscare - Centre d'évaluation de l'autonomie et du handicap  
Rue de Trèves, 70 boîte 3, 1000 Bruxelles

**Nous visiter :** Rue de Trèves, 70, 1000 Bruxelles - de 8h30 à 16h30

**Nous contacter :** 0800 35 499 (gratuit) - de 8h30 à 16h30 (le lundi et le jeudi de 8h30 à 12h00)

## VOLET B - DEGRÉ D'AUTONOMIE OU DE LA GRAVITÉ DES CONSÉQUENCES DE L'AFFECTION PRÉSENTÉE PAR L'ENFANT

Répondez aux questions ci-dessous de la manière la plus complète et précise possible.

### 3. L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL DÉJÀ D'UNE RECONNAISSANCE AUPRÈS D'UN ORGANISME PUBLIC BELGE ?

☐ Non

☐ Oui

**Si oui**, auprès de quel(s) organisme(s) public(s) visé(s) ci-après l'enfant bénéficie-t-il d'une reconnaissance de réduction d'autonomie ?

Organisme	Date de reconnaissance
<input type="checkbox"/> Groeipakket	__ / __ / ____
<input type="checkbox"/> AVIQ	__ / __ / ____
<input type="checkbox"/> Service public fédéral Sécurité sociale - Direction générale Personnes handicapées	__ / __ / ____
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez :	__ / __ / ____

➔ ***Veillez joindre en annexe une copie de la décision de l'institution concernée.***

### 4. QUI EST LE MÉDECIN TRAITANT DE L'ENFANT\* ?

Nom : ☐ ☐ .....

Prénom : .....

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

Rue : .....

Numéro : ..... Boîte : .....

Téléphone/GSM : .....



**Iriscare**

www.mylriscare.brussels

Réf. à mentionner dans toute correspondance

\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_



**0800 35499**



autonomie-handicap@iriscare.brussels

## 5. QUESTIONS COMPLEMENTAIRES

*L'enfant suit-il un traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie ?*

☐ Oui ☐ Non

*L'enfant reçoit-il des soins palliatifs ?*

☐ Oui ☐ Non

*L'enfant est-il atteint d'une affection dégénérative évoluant rapidement ?*

☐ Oui ☐ Non

## 6. IMPACT DE LA REDUCTION D'AUTONOMIE DE L'ENFANT SUR SA VIE QUOTIDIENNE ET CELLE DE SA FAMILLE

***Afin d'évaluer au mieux l'impact de la réduction d'autonomie de l'enfant sur sa vie quotidienne et celle de sa famille, veuillez répondre à toutes les questions suivantes.***

### 6.1. ENSEIGNEMENT

*6.1.1. L'enfant suit-il un enseignement adapté ou spécialisé ?*

☐ Oui ☐ Non

**Si oui,** ➤ depuis quand (mois/année) ?

.....

➤ veuillez donner le nom de l'école :

.....

➤ quel type d'enseignement adapté ou particulier l'enfant suit-il (type et/ou forme) ?

.....

*6.1.2. Estimez-vous que l'accompagnement reçu par l'enfant à l'école est adéquat ?*

☐ Oui ☐ Non

Si non, pourquoi ?

.....

.....

.....

## 6.2. INTÉGRATION SOCIALE

### 6.2.1. L'enfant a-t-il des problèmes de comportement ?

☐ Oui      ☐ Non

**Si oui**, décrivez ses problèmes de comportement :

---

---

---

### 6.2.2. Epreuve-t-il des difficultés à se faire des amis ?

☐ Oui      ☐ Non

**Si oui**, décrivez ses difficultés à se faire des amis :

---

---

---

### 6.2.3. L'enfant a-t-il été victime de maltraitance et/ou de harcèlement ?

☐ Oui      ☐ Non

**Si oui**, expliquez :

---

---

---

### 6.2.4. L'enfant réalise-t-il des activités en dehors de l'école (sport, activités artistiques...) ?

☐ Oui      ☐ Non

**Si oui**, lesquelles, et a-t-il des difficultés à les réaliser ?

---

---

---



### 6.3. TROUBLES DES APPRENTISSAGES ET COMMUNICATION

6.3.1. L'enfant a-t-il des difficultés dans les apprentissages ? Si oui, veuillez cocher dans quels apprentissages :

☐ Non      ☐ Comprendre      ☐ Parler      ☐ Lire      ☐ Ecrire      ☐ Calculer

Décrivez ses difficultés :

-----

-----

-----

6.3.2. L'enfant a-t-il des difficultés en ce qui concerne son audition ?

☐ Oui      ☐ Non

**Si oui,** ➤ décrivez ses difficultés d'audition :

-----

-----

➤ utilise-t-il un appareil auditif ou un implant cochléaire, la lecture labiale et/ou la langue des signes ?

-----

-----

6.3.3. L'enfant a-t-il des difficultés en ce qui concerne sa vue ?

☐ Oui      ☐ Non

**Si oui,** ➤ décrivez ses difficultés de vue :

-----

-----

-----

➤ a-t-il une prothèse oculaire ?

-----

-----

➤ apprend-t-il le braille ?

-----

-----

## 6.4. MOBILITÉ ET DÉPLACEMENT

6.4.1. A quel âge l'enfant a-t-il commencé à marcher ?

.....

6.4.2. L'enfant a-t-il des difficultés pour se déplacer (marcher, monter/descendre les escaliers, franchir des obstacles...) ?

☐ Oui      ☐ Non

**Si oui**, décrivez les difficultés de l'enfant à ce niveau :

.....  
.....  
.....

6.4.3. Quels moyens l'enfant utilise-t-il pour se déplacer (fauteuil roulant manuel, fauteuil roulant électrique, béquilles, prothèse, appareil orthopédique...) ?

.....

6.4.4. Le pédiatre vous a-t-il informé d'un retard de développement ?

☐ Oui      ☐ Non

6.4.5. L'enfant a-t-il des difficultés pour manipuler des objets ?

☐ Oui      ☐ Non

**Si oui**, décrivez les difficultés de l'enfant à ce niveau :

.....  
.....  
.....

6.4.6. L'enfant éprouve-t-il des difficultés pour participer à des jeux, à des activités sportives ou faire du vélo ?

☐ Oui      ☐ Non

**Si oui**, décrivez les difficultés de l'enfant à ce niveau :

.....  
.....  
.....

6.4.7. L'enfant prend-il les transports en commun seul ?

☐ Oui      ☐ Non

Décrivez les difficultés rencontrées par l'enfant pour prendre les transports en commun seul :

.....  
.....  
.....



## 6.5. SOINS CORPORELS ET ALIMENTATION

6.5.1. Dans le cas où l'enfant a plus de 3 ans, en comparaison à un autre enfant de son âge, a-t-il des difficultés à se laver lui-même ou à s'habiller ?

☐ Oui ☐ Non ☐ pas d'application (enfant de moins de 3 ans)

**Si oui**, décrivez les difficultés que l'enfant rencontre :

.....

.....

.....

6.5.2. L'enfant a-t-il, en comparaison à un enfant de son âge, des difficultés pour manger ?

☐ Oui ☐ Non

**Si oui**, décrivez les difficultés que l'enfant rencontre pour manger (type d'aide, trouble de la déglutition, alimentation par sonde, alimentation parentérale...) :

.....

.....

.....

6.5.3. L'enfant doit-il suivre un régime spécial ?

☐ Oui ☐ Non

**Si oui**, quel type de régime spécial doit-il suivre ?

.....

.....

6.5.4. En comparaison à un enfant de son âge, l'enfant a-t-il des difficultés pour aller aux toilettes ?

☐ Oui ☐ Non

**Si oui**, décrivez les difficultés que l'enfant rencontre (besoin d'aide, stomies, sondage...) :

.....

.....

6.5.5. Dans le cas où l'enfant a plus de 3 ans, présente-t-il de l'incontinence ?

☐ Oui ☐ Non ☐ pas d'application (enfant de moins de 3 ans)

**Si oui**, décrivez les difficultés que l'enfant rencontre :

.....

.....

6.5.6. Dans le cas où l'enfant est de sexe féminin et est réglée, devez-vous l'aider pour gérer ses menstruations (gestion des protections périodiques) ?

☐ Oui    ☐ Non    ☐ pas d'application (enfant non réglée ou de sexe masculin)

Si oui, décrivez les difficultés que l'enfant rencontre :

.....

.....

.....

6.6. SOINS DE SANTE ET BIEN-ÊTRE

6.6.1. Quels sont les traitements pris par l'enfant à domicile (médicament, injection, aérosol, dialyse, stomie, lavement, sondage, dilatation anale...) ? Indiquez la fréquence et depuis quand le traitement est administré :

Nom du traitement	Fréquence	Date de début
		__ / __ / ____
		__ / __ / ____
		__ / __ / ____
		__ / __ / ____
		__ / __ / ____
		__ / __ / ____

6.6.2. Quel est le matériel médical nécessaire à l'enfant (chaussures orthopédiques, prothèse, corset, orthèse, vêtements compressifs...) ?

.....

.....



**IrisCare**

www.mylriscare.brussels

Réf. à mentionner dans toute correspondance

\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_



**0800 35499**



autonomie-handicap@iriscares.brussels

6.6.3. Devez-vous aller avec l'enfant chez le médecin et/ou le thérapeute ?

Professionnels	Lieu	Fréquence	Date de début
Médecin			___/___/____
Logopède			___/___/____
Kinésithérapeute			___/___/____
Ergothérapeute			___/___/____
Psychologue			___/___/____
_____			___/___/____
_____			___/___/____

6.6.4. L'enfant a-t-il facilement accès aux soins de santé

☐ Oui ☐ Non

**Si non**, pourquoi ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6.6.5. L'enfant a-t-il déjà vécu des épisodes dépressifs (troubles de l'humeur, insomnie, anxiété, ...) ?

☐ Oui ☐ Non

**Si oui**, précisez ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 6.7. ADAPTATION OU AMÉNAGEMENT DE VOTRE HABITATION ET/OU DE VOTRE MODE DE VIE

6.7.1. *Dans le cas où l'enfant a plus de 3 ans, en comparaison à un enfant de son âge, a-t-il besoin d'une surveillance particulière ?*

☐ Oui    ☐ Non    ☐ pas d'application (enfant de moins de 3 ans)

**Si oui**, décrivez l'importance de cette surveillance :

.....

.....

6.7.2. *Avez-vous diminué ou interrompu votre activité professionnelle pour prendre soin de l'enfant ?*

☐ Oui    ☐ Non

**Si oui**, expliquez (qui ?, temps plein/ temps partiel, depuis quand ?) :

.....

.....

6.7.3. *Jugez-vous votre logement adapté à la situation de handicap de votre enfant ?*

☐ Oui    ☐ Non

**Si non**, quels aménagements souhaiteriez-vous réaliser dans votre logement (marches, escaliers, rampes, téléalarmes, téléassistance, détecteurs de chute...) ?

.....

.....

6.7.4. *Devez-vous recourir à des mesures de sécurité spécifiques dans votre habitation ?*

☐ Oui    ☐ Non

**Si oui**, décrivez ces mesures :

.....

.....

6.7.5. *Devez-vous recourir à des mesures de prévention antiallergique dans votre habitation ?*

☐ Oui    ☐ Non

**Si oui**, décrivez ces mesures :

.....

.....

6.7.6. *Décrivez les accompagnements ou stimulations spécifiques réalisés par vous et votre famille (par exemple pour un retard psychomoteur, des troubles du comportement, un déficit sensoriel).*

.....

.....

.....



**Iriscare**

www.mylriscare.brussels

Réf. à mentionner dans toute correspondance

\_\_\_ . \_\_\_ . \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_



**0800 35499**



autonomie-handicap@iriscare.brussels

## 7. AIDE AU REMPLISSAGE DE CE QUESTIONNAIRE

Avez-vous reçu de l'aide pour compléter ce questionnaire ?

☐ Oui ☐ Non

**Si oui**, quelles étaient vos difficultés au niveau du remplissage du questionnaire ?

-----  
-----

## 8. DECLARATION SUR L'HONNEUR ET SIGNATURE

**En signant ce formulaire, vous indiquez votre accord avec les conditions reprises ci-dessous. Si vous ne donnez pas votre accord, il se peut que le Centre d'évaluation de l'autonomie et du handicap ne dispose pas de suffisamment d'informations pour traiter votre dossier**

*Suite à votre demande d'allocations, nous examinerons la situation médicale de l'enfant et nous prendrons contact avec le(s) médecin(s) et/ou spécialiste(s) qui suivent l'enfant si nécessaire.*

*L'enfant sera convoqué pour une évaluation médicale et/ou paramédicale sauf en cas d'indication contraire de notre part.*

*Nous vous tiendrons au courant de notre décision par courrier.*

Je déclare sur l'honneur avoir rempli correctement la présente demande et que les données fournies sont exactes et complètes. Je suis conscient(e) que la communication délibérée de données inexactes est punissable et pourrait entraîner l'annulation du traitement de ma demande.

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Signature :

Annexes : (Les chiffres renvoient à la rubrique où le document est demandé)

- ☐ Copie de la décision de justice relative à la désignation du représentant légal - 2.2.  
☐ Copie de la décision de reconnaissance en qualité de personne handicapée - 3.

**Si vous avez des questions, contactez-nous :**

Par courrier : Iriscare - Centre d'évaluation de l'autonomie et du handicap - Rue de Trèves, 70  
boîte 3, 1000 Bruxelles

Par téléphone : 0800 35 499 (gratuit) - de 8h30 à 16h30 (le lundi et le jeudi de 8h30 à 12h00)

Par email : autonomie-handicap@iriscare.brussels

**Nous écrire :** Iriscare - Centre d'évaluation de l'autonomie et du handicap  
Rue de Trèves, 70 boîte 3, 1000 Bruxelles

**Nous visiter :** Rue de Trèves, 70, 1000 Bruxelles - de 8h30 à 16h30

**Nous contacter :** 0800 35 499 (gratuit) - de 8h30 à 16h30 (le lundi et le jeudi de 8h30 à 12h00)