

AANVRAAG VOOR VERHOOGDE KINDERBIJSLAG (VKB)¹

Gelieve dit formulier ingevuld terug te sturen naar:

☐ **IrisCare - Centrum voor evaluatie van de autonomie en de handicap**
Trierstraat 70 bus 3, 1000 Brussel

Dit formulier bestaat uit twee delen:

ONDERDEEL A - ADMINISTRATIEVE GEGEVENS

Dit onderdeel is bestemd voor de administratieve verwerking van het dossier.

ONDERDEEL B - GRAAD VAN ZELFREDZAAAMHEID OF VAN DE ERNST VAN DE GEVOLGEN VAN DE AANDOENIN VAN HET KIND

Dit onderdeel is bestemd voor het evaluatieteam. Geef hier aan welke moeilijkheden het kind ondervindt en welke inspanningen het gezin levert.

De met een asterisk gemarkeerde gegevens die via dit formulier worden verzameld, moeten worden verstrekt. Anders beschikken wij niet over voldoende informatie om uw verzoek naar behoren te verwerken of te beantwoorden.

U kunt dit document zelf invullen of u kunt hulp vragen aan iemand anders (arts, maatschappelijk assistent, familie, vrienden, ...).

ONDERDEEL A - ADMINISTRATIEVE GEGEVENS

Beantwoord de onderstaande vragen zo volledig en precies mogelijk.

1. PERSOONLIJKE GEGEVENS VAN HET KIND*

Rijksregisternummer (op de achterkant van de identiteitskaart): ____ . ____ . ____ - ____ - ____

Naam: _____

Voornaam/voornamen: _____

(wettelijke woonplaats bekend bij het Rijksregister:)

Postcode: _____ Gemeente: _____

Straat: _____

Nummer: _____ Bus: _____

Onderwijs gevolgd door het kind:

- ☐ Nederlandstalige school
- ☐ Franstalige school
- ☐ Andere: _____

¹ IrisCare - Centrum voor Evaluatie van de Autonomie en de Handicap verwerkt uw persoonsgegevens in overeenstemming met de geldende regelgeving die van toepassing is op de verwerking van persoonsgegevens en in het bijzonder Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 (hierna: "de Algemene Verordening Gegevensbescherming" of "AVG") en de Wet van 30 juli 2018 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens. De op dit formulier verzamelde en van een asterisk voorziene gegevens zijn verplicht en noodzakelijk voor de goede afhandeling van uw verzoek en voor zover het nodig is om contact met u of uw arts op te nemen. Het zal voor geen enkel ander doel worden gebruikt. Voor meer informatie over hoe wij uw gegevens beheren en uw rechten, kunt u ons privacybeleid raadplegen op [Bescherming persoonsgegevens - mylriscare](#)

Ons een brief sturen: IrisCare - Centrum voor evaluatie van de autonomie en de handicap
Trierstraat 70 bus 3, 1000 Brussel

Ons bezoeken: Trierstraat 70, 1000 Brussel - van 8u30 tot 16u30

Ons contacteren: 0800 35 499 (gratis) - van 8.30 u. tot 16.30 u. (maandag en donderdag van 8.30 u. tot 12.00 u.)

2. CONTACTGEGEVENS

2.1. IN WELKE TAAL MOGEN WIJ CONTACT MET U OPNEMEN*?

☐ NL ☐ FR

2.2. GEGEVENS VAN DE OUDERS OF DE WETTELIJKE VERTEGENWOORDIGER*:

☐ Moeder ☐ Vader ☐ Wettelijke vertegenwoordiger

Rijksregisternummer: _ _ . _ _ . _ _ - _ _ _ . _ _

Naam: _____

Voornaam: _____

Postcode: _____ Gemeente: _____

Straat: _____

Nummer: _____ Bus: _____

Vaste telefoon: _____

Gsm: _____

E-mail: _____

➔ ***Als er een rechterlijke beslissing is geweest over de aanwijzing van de wettelijke vertegenwoordiger, voeg dan als bijlage een kopie van die beslissing toe.***

2.3. HUIDIG VERBLIJFSADRES VAN HET KIND*

(indien verschillend van de wettelijke woonplaats bekend bij het Rijksregister)

☐ Ouders of wettelijke vertegenwoordiger ☐ Instelling, gelieve te verduidelijken: _____

☐ Andere, gelieve te verduidelijken: _____

Straat: _____

Nummer: _____ Bus: _____

Postcode: _____ Gemeente: _____

Land: _____



IrisCare

www.mylriscare.brussels

Ref. te vermelden in alle correspondentie

____.____.____-____-____



0800 35499



autonomie-handicap@iriscares.brussels

2.4. WILT U EEN CONTACTPERSOON AANDUIDEN?

☐ Ja (geef de contactgegevens)

☐ Nee

Naam:

Voor naam:

Postcode: Gemeente:

Straat:

Nummer: Bus:

Vaste telefoon:

Gsm:

E-mail:

Wat is uw relatie met deze contactpersoon?

Mogen wij het medisch dossier van het kind doorgeven aan deze contactpersoon?

☐ Ja

☐ Nee

ONDERDEEL B - GRAAD VAN ZELFREDZAAMHEID OF VAN DE ERNST VAN DE GEVOLGEN VAN DE AANDOENING VAN HET KIND

Beantwoord de onderstaande vragen zo volledig en precies mogelijk.

3. BESCHIKT HET KIND AL OVER EEN ERKENNING DOOR EEN BELGISCHE OPENBARE INSTELLING?

☐ Nee

☐ Ja

Zo ja, van welke onderstaande openbare instelling(en) heeft het kind een erkenning van verminderde zelfredzaamheid?

Instelling	Datum erkenning
☐ Groeipakket	___ / ___ / ____
☐ AViQ	___ / ___ / ____
☐ Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid: Directie-generaal Personen met een Handicap	___ / ___ / ____
☐ Andere. Gelieve te verduidelijken:	___ / ___ / ____

➔ **Gelieve een kopie van de beslissing van de instelling toe te voegen als bijlage.**

4. WIE IS DE BEHANDELEND ARTS VAN HET KIND*?

Naam: ☐ ☐

Voornaam:

Postcode: Gemeente:

Straat:

Nummer: Bus:

Telefoon/gsm:

Ons een brief sturen: Iriscare - Centrum voor evaluatie van de autonomie en de handicap
Trierstraat 70 bus 3, 1000 Brussel

Ons bezoeken: Trierstraat 70, 1000 Brussel - van 8u30 tot 16u30

Ons contacteren: 0800 35 499 (gratis) - van 8.30 u. tot 16.30 u. (maandag en donderdag van 8.30 u. tot 12.00 u.)



Iriscare

www.mylriscare.brussels

Ref. te vermelden in alle correspondentie

____.____.____-____-____



0800 35499



autonomie-handicap@iriscare.brussels

5. BIJKOMENDE VRAGEN

Krijgt het kind chemotherapie of radiotherapie?

☐ Ja ☐ Nee

Krijgt het kind palliatieve zorg?

☐ Ja ☐ Nee

Lijdt het kind aan een snel vorderende degeneratieve aandoening?

☐ Ja ☐ Nee

6. DE GEVOLGEN VAN DE VERMINDERDE ZELFREDZAAMHEID VAN HET KIND VOOR ZIJN DAGELIJKS LEVEN EN DAT VAN ZIJN GEZIN

Gelieve alle onderstaande vragen te beantwoorden zodat wij de gevolgen van de verminderde zelfredzaamheid van het kind voor zijn dagelijks leven en dat van zijn gezin zo goed mogelijk kunnen beoordelen.

6.1. ONDERWIJS

6.1.1. Volgt het kind aangepast of buitengewoon onderwijs?

☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, ➤ sinds wanneer (maand/jaar)?

.....

➤ wat is de naam van de school?

.....

➤ welk type aangepast of buitengewoon onderwijs volgt het kind (type en/of vorm)?

.....

6.1.2. Vindt u dat de begeleiding die het kind op school krijgt geschikt is?

☐ Ja ☐ Nee

Zo niet, waarom?

.....

.....

.....

Ons een brief sturen: Iriscare - Centrum voor evaluatie van de autonomie en de handicap
Trierstraat 70 bus 3, 1000 Brussel

Ons bezoeken: Trierstraat 70, 1000 Brussel - van 8u30 tot 16u30

Ons contacteren: 0800 35 499 (gratis) - van 8.30 u. tot 16.30 u. (maandag en donderdag
van 8.30 u. tot 12.00 u.)

6.2. MAATSCHAPPELIJKE INTEGRATIE

6.2.1. Heeft het kind gedragsproblemen?

☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, beschrijf de gedragsproblemen:

6.2.2. Ondervindt het kind moeilijkheden om vrienden te maken?

☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, beschrijf de moeilijkheden om vrienden te maken:

6.2.3. Werd het kind mishandeld en/of gepest?

☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, licht toe:

6.2.4. Doet het kind buitenschoolse activiteiten (sport, artistieke activiteiten, ...)?

☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, welke activiteit(en), en ondervindt het kind moeilijkheden om deze activiteiten uit te voeren:



6.3. LEERSTOORNISSEN EN COMMUNICATIE

6.3.1. Ondervindt het kind moeilijkheden om te leren? Zo ja, duid aan op welke vlakken?

- ☐ Nee ☐ Begrijpen ☐ Spreken ☐ Lezen ☐ Schrijven ☐ Rekenen

Beschrijf de moeilijkheden:

6.3.2. Heeft het kind problemen met het gehoor

- ☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, ➤ beschrijf de gehoorproblemen:

➤ gebruikt het kind een hoorapparaat of cochleair implantaat, liplezen en/of gebarentaal:

6.3.3. Heeft het kind problemen met het zicht?

- ☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, ➤ beschrijf de zichtproblemen:

➤ heeft het kind een oculaire prothese?

➤ leert het kind braille?

6.4. MOBILITEIT EN VERPLAATSINGEN

6.4.1. *Op welke leeftijd begon het kind te lopen?*

.....

6.4.2. *Heeft het kind moeite om zich te verplaatsen (stappen, trappen op en af gaan, voorbij hindernissen geraken, ...)*

☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, beschrijf de moeilijkheden van het kind op dat vlak:

.....

.....

.....

6.4.3. *Welke hulpmiddelen gebruikt het kind om zich te verplaatsen (manuele rolstoel, elektrische rolstoel, krukken, prothese, orthopedisch apparaat, ...)?*

.....

6.4.4. *Heeft de kinderarts u ingelicht over een ontwikkelingsachterstand:*

☐ Ja ☐ Nee

6.4.5. *Heeft het kind moeite om voorwerpen te hanteren?*

☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, beschrijf de moeilijkheden van het kind op dat vlak:

.....

.....

.....

6.4.6. *Heeft het kind moeite met spelen, sporten of fietsen?*

☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, beschrijf de moeilijkheden van het kind op dat vlak:

.....

.....

.....

6.4.7. *Gebruikt het kind het openbaar vervoer alleen?*

☐ Ja ☐ Nee

Beschrijf de moeilijkheden die het kind ondervindt om het openbaar vervoer alleen te gebruiken:

.....

.....

.....



Iriscare

www.mylriscare.brussels

Ref. te vermelden in alle correspondentie

____.____.____-____-____



0800 35499



autonomie-handicap@iriscare.brussels

6.5. LICHAAMSVERZORGING EN VOEDING

6.5.1. *Als het kind ouder is dan 3 jaar, heeft het in vergelijking met andere kinderen van dezelfde leeftijd moeite om zich te wassen of aan te kleden?*

☐ Ja ☐ Nee ☐ Niet van toepassing (kind jonger dan 3 jaar)

Zo ja, beschrijf de moeilijkheden die het kind ondervindt:

.....

.....

.....

6.5.2. *Heeft het kind moeite om te eten in vergelijking met andere kinderen van dezelfde leeftijd?*

☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, beschrijf de moeilijkheden die het kind ondervindt bij het eten (soort hulp, slikstoornis, sondevoeding, parenterale voeding, ...):

.....

.....

.....

6.5.3. *Moet het kind een speciaal dieet volgen?*

☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, wat voor speciaal dieet moet het kind volgen?

.....

.....

6.5.4. *Heeft het kind moeite om naar het toilet te gaan in vergelijking met andere kinderen van dezelfde leeftijd?*

☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, beschrijf de moeilijkheden die het kind ondervindt (hulp nodig, stoma, katheter, ...):

.....

.....

6.5.5. *Als het kind ouder is dan 3 jaar: heeft het last van incontinentie?*

☐ Ja ☐ Nee ☐ Niet van toepassing (kind jonger dan 3 jaar)

Zo ja, beschrijf de moeilijkheden die het kind ondervindt:

.....

.....

Ons een brief sturen: Iriscare - Centrum voor evaluatie van de autonomie en de handicap
Trierstraat 70 bus 3, 1000 Brussel

Ons bezoeken: Trierstraat 70, 1000 Brussel - van 8u30 tot 16u30

Ons contacteren: 0800 35 499 (gratis) - van 8.30 u. tot 16.30 u. (maandag en donderdag
van 8.30 u. tot 12.00 u.)

6.5.6. Als het kind van het vrouwelijke geslacht is en menstrueert: moet u helpen om de menstruatie te beheersen (beheer van de menstruatieproducten)?

- ☐ Ja ☐ Nee ☐ Niet van toepassing (kind menstrueert nog niet of is van het mannelijke geslacht)

Zo ja, beschrijf de moeilijkheden die het kind ondervindt:

.....

.....

.....

6.6. GEZONDHEIDSZORG EN WELZIJN

6.6.1. Welke behandelingen krijgt het kind thuis (medicatie, injecties, aerosol, dialyse, stoma, lavement, katheterisatie, anale dilatatie, ...)? Hoe vaak en sinds wanneer vinden de behandelingen plaats?

Naam van de behandeling	Frequentie	Startdatum
		__ / __ / ____
		__ / __ / ____
		__ / __ / ____
		__ / __ / ____
		__ / __ / ____
		__ / __ / ____

6.6.2. Welk medisch materiaal heeft het kind nodig (orthopedische schoenen, prothese, korset, orthese, compressiekleding, ...)?

.....

.....



IrisCare

www.mylriscare.brussels

Ref. te vermelden in alle correspondentie

____.____.____-____-____



0800 35499



autonomie-handicap@irisCare.brussels

6.6.3. Moet u met het kind naar de arts en/of naar de therapeut?

Professionals	Locatie	Frequentie	Startdatum
Arts			___/___/____
Logopedist			___/___/____
kinesitherapeut			___/___/____
Ergotherapeut			___/___/____
Psycholoog			___/___/____
.....			___/___/____
.....			___/___/____

6.6.4. Heeft het kind gemakkelijk toegang tot gezondheidszorg?

☐ Ja ☐ Nee

Zo niet, waarom?

.....

.....

.....

6.6.5. Heeft het kind al depressieve episoden doorgemaakt (stemmingsstoornissen, slapeloosheid, angsten, ...)?

☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, verduidelijk:

.....

.....

.....

Ons een brief sturen: IrisCare - Centrum voor evaluatie van de autonomie en de handicap
Trierstraat 70 bus 3, 1000 Brussel

Ons bezoeken: Trierstraat 70, 1000 Brussel - van 8u30 tot 16u30

Ons contacteren: 0800 35 499 (gratis) - van 8.30 u. tot 16.30 u. (maandag en donderdag
van 8.30 u. tot 12.00 u.)

6.7. WIJZIGING OF AANPASSING VAN UW WONING EN/OF LEVENSTIJL

6.7.1. *Als het kind ouder is dan 3 jaar, heeft het in vergelijking met andere kinderen van dezelfde leeftijd bijzonder toezicht nodig?*

☐ Ja ☐ Nee ☐ Niet van toepassing (kind jonger dan 3 jaar)

Zo ja, beschrijf de omvang van dit toezicht:

6.7.2. *Hebt u uw beroepsactiviteiten verminderd of onderbroken om voor het kind te zorgen?*

☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, licht toe (wie, voltijds/deeltijds, sinds wanneer?):

6.7.3. *Vindt u dat uw woning aangepast is aan de handicap van het kind?*

☐ Ja ☐ Nee

Zo nee, welke aanpassingen zou u willen aanbrengen aan uw woning (treden, trappen, hellingen, telealarmen, valdetectoren, ...)?

6.7.4. *Moet u specifieke veiligheidsmaatregelen nemen in uw woning?*

☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, beschrijf deze maatregelen

6.7.5. *Moet u maatregelen nemen in uw woning om allergische reacties te voorkomen?*

☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, beschrijf deze maatregelen:

6.7.6. *Beschrijf de specifieke begeleiding of stimulering die u en uw gezin leveren (bv. wegens psychomotorische retardatie, gedragsstoornissen, zintuiglijke handicap):*



Iriscare

www.mylriscare.brussels

Ref. te vermelden in alle correspondentie

____.____.____-____-____



0800 35499



autonomie-handicap@iriscare.brussels

7. HULP BIJ HET INVULLEN VAN DEZE VRAGENLIJST

Hebt u hulp gekregen om deze vragenlijst in te vullen?

☐ Ja ☐ Nee

Zo ja, welke moeilijkheden ondervond u om de vragenlijst in te vullen?

8. VERKLARING OP EREWOORD EN HANDTEKENING

Door dit formulier te ondertekenen, verklaart u akkoord te gaan met de onderstaande voorwaarden. Indien u niet akkoord gaat, is het mogelijk dat het Centrum voor evaluatie van de autonomie en de handicap niet over voldoende informatie beschikt om uw dossier te behandelen.

Naar aanleiding van uw aanvraag voor verhoogde kinderbijslag zullen wij de medische situatie van het kind onderzoeken en indien nodig contact opnemen met de arts(en) en/of specialist(en) die het kind volgen.

Het kind zal opgeroepen worden voor een medische en/of paramedische evaluatie, tenzij wij anders beslissen.

Wij houden u via de post op de hoogte van onze beslissing.

Ik verklaar op erewoord dat ik deze aanvraag correct ingevuld heb en dat de verstrekte informatie juist en volledig is. Het is mij bekend dat het opzettelijk verstrekken van onjuiste informatie strafbaar is en tot gevolg kan hebben dat de behandeling van mijn aanvraag wordt geannuleerd.

Datum: ____ / ____ / ____ Handtekening:

Bijlagen: (de cijfers verwijzen naar het punt waarin het document wordt gevraagd)

- ☐ Kopie van rechterlijke beslissing over de aanwijzing van de wettelijke vertegenwoordiger (2.2.)
- ☐ Kopie van de beslissing van de erkenning als persoon met een handicap (3.)

Als u vragen hebt, neem dan contact met ons op:

<u>Per brief:</u>	Iriscare - Centrum voor evaluatie van de autonomie en de handicap - Trierstraat 70 bus 3, 1000 Brussel
<u>Per telefoon:</u>	0800 35 499 (gratis) - van 8.30 u. tot 16.30 u. (maandag en donderdag van 8.30 u. tot 12.00 u.)
<u>Per e-mail:</u>	autonomie-handicap@iriscare.brussels

Ons een brief sturen: Iriscare - Centrum voor evaluatie van de autonomie en de handicap
Trierstraat 70 bus 3, 1000 Brussel

Ons bezoeken: Trierstraat 70, 1000 Brussel - van 8u30 tot 16u30

Ons contacteren: 0800 35 499 (gratis) - van 8.30 u. tot 16.30 u. (maandag en donderdag van 8.30 u. tot 12.00 u.)