






Allocation pour l'aide aux
personnes âgées (APA)
Rue de Trèves 70 boîte 2
1000 Bruxelles

www.myIriscare.brussels

 **0800 35 499 (gratuit)**
 02-435 64 97
 apa-thab@iriscare.brussels

DEMANDE D'UNE ALLOCATION POUR L'AIDE AUX PERSONNES ÂGÉES (APA) RÉSIDANT OFFICIELLEMENT À BRUXELLES

Formulaire à compléter et nous renvoyer à

 **Iriscare - Service APA - Rue de Trèves 70 boîte 2, 1000 Bruxelles**

- ① Notre service vérifie automatiquement l'âge et le lieu de résidence officiel (renseigné au Registre National) du demandeur. La personne ayant au moins 65 ans dont l'adresse officielle est située en :
- **Flandre** doit introduire sa demande auprès de sa mutuelle. Pour plus d'information et/ou introduire votre demande, consultez leur site en ligne (<https://www.vlaamsesocialebescherming.be/zorgbudget-voor-ouderen-met-een-zorgnood>) ;
 - **Wallonie** doit introduire sa demande auprès de sa mutuelle ;
 - **Communauté Germanophone** doit introduire sa demande auprès du SPF Sécurité Sociale. Pour plus d'information et/ou introduire votre demande, consultez leur site en ligne (<https://handicap.belgium.be/fr/nos-services/allocation-aide-personnes-agees.htm>).

Ce formulaire est composé de deux parties :

VOLET A - DONNÉES ADMINISTRATIVES

Ce volet est destiné à notre service et au traitement administratif de votre dossier.

VOLET B - RECONNAISSANCE EN QUALITÉ DE PERSONNE HANDICAPÉE

Ce volet est destiné au service compétent en matière de reconnaissance de handicap pour la Région de Bruxelles Capitale. Si vous disposez déjà d'une reconnaissance de handicap auprès d'un organisme public belge, veuillez le mentionner dans ce volet.

Les données recueillies via ce formulaire doivent obligatoirement être fournies. Dans le cas contraire, Iriscare ne disposera pas de suffisamment d'informations pour traiter votre demande ou y répondre correctement.

Vous trouverez également ci-joint un formulaire à compléter concernant vos informations de paiement.

VOLET A - DONNÉES ADMINISTRATIVES

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

1. DONNÉES D'IDENTIFICATION ET ADRESSE OFFICIELLE

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 :

2. DONNÉES DE CONTACT

2.1. ADRESSE ACTUELLE DE RÉSIDENCE

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

Pays : _____
Code postal : _____ Commune : _____
Rue : _____
Numéro : _____ Boîte : _____

2.2. DONNÉES DE CONTACT

Téléphone fixe : _____
GSM : _____
E-mail : _____

2.3. DANS QUELLE LANGUE VOULEZ-VOUS ÊTRE CONTACTÉ(E) ?

FR NL

2.4. ÊTES-VOUS SOUS STATUT D'ADMINISTRATION PROVISoire DES BIENS ?

Oui (Indiquez les données de contact) Non

Nom : M. Mme _____
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, il convient de fournir une copie de cette décision en annexe.**



Allocation pour l'aide aux
personnes âgées (APA)
Rue de Trèves 70 boîte 2
1000 Bruxelles

www.myIriscare.brussels



0800 35 499 (gratuit)

02-435 64 97

apa-thab@iriscare.brussels

2.5. VOULEZ-VOUS INDIQUER UNE PERSONNE DE CONTACT ?

Oui (*Indiquez les données de contact*)

Non

Nom : M. Mme

Prénom :

Code postal : Commune :

Rue :

Numéro : Boîte :

Téléphone fixe :

GSM :

E-mail :

3. VOTRE COMPOSITION DE MÉNAGE

3.1. SÉJOURNEZ-VOUS MOMENTANÉMENT DANS UNE INSTITUTION OU DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS ?

Oui (*Indiquez les données de contact + date d'admission*)

Non

Nom :

Code postal : Commune :

Rue :

Numéro : Boîte :

Date d'admission : ___ / ___ / _____

3.2. AVEZ-VOUS UN OU DES ENFANTS À CHARGE ?

Oui (*Indiquez le nombre d'enfants à charge*)

Non

Nombre d'enfants à charge :

L'enfant à charge est l'enfant faisant partie du ménage du demandeur qui en assume la charge fiscalement (cf. extrait de rôle).

➔ ***Veillez joindre en annexe une copie de votre dernier extrait de rôle, mentionnant le nombre d'enfants à charge.***

3.3. HABITEZ-VOUS AVEC UN(E) PARTENAIRE ?

Oui (Complétez les informations le/la concernant) Non

Nom : M. Mme

Prénom :

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

Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Votre partenaire a-t-il(elle) introduit une demande d'allocation d'aide aux personnes âgées ?

Oui Non

Dans l'affirmative, cette demande est-elle encore actuellement en traitement ?

Oui Non

4. REVENUS

4.1. QUELS SONT VOS REVENUS ACTUELS ?

Veillez marquer ci-dessous vos revenus actuels d'une croix. Plusieurs choix sont possibles.

	Vous-même	Votre partenaire
Pension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pension étrangère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indemnité de maladie ou d'invalidité (mutuelle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement ou salaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revenus d'indépendant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allocations de chômage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rente alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moyens d'existence, aide du CPAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Précisez :

4.2. AVEZ-VOUS REÇU UNE INDEMNISATION SUITE À UN ACCIDENT ?

Vous-même		Votre partenaire	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Y a-t-il une enquête en cours afin d'obtenir une indemnisation suite à un accident ?

Vous-même		Votre partenaire	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

4.3. DISPOSEZ-VOUS D'UNE ÉPARGNE OU D'INVESTISSEMENTS ?

Vous-même		Votre partenaire	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Dans l'affirmative, spécifier le montant de l'épargne ou des investissements

Vous-même	Votre partenaire
Montant :	Montant :

5. REVENU CADASTRAL

Êtes-vous, vous et/ou votre partenaire, propriétaire(s) d'un bien immobilier (maison, appartement, garage, terrain, champs...)?

Vous-même		Votre partenaire	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

→ ***Veillez joindre en annexe une copie du dernier extrait cadastral ou à défaut renseigner sur une feuille jointe l'adresse et le revenu cadastral de chaque bien.***

VOLET B - RECONNAISSANCE EN QUALITÉ DE PERSONNE HANDICAPÉE

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

6. BÉNÉFICIEZ-VOUS DÉJÀ D'UNE RECONNAISSANCE AUPRÈS D'UN ORGANISME PUBLIC BELGE ?

- Non, je veux introduire une demande de reconnaissance en qualité de personne handicapée.**
→ Veuillez passer directement à la **rubrique 7**.
- Oui

6.1. AUPRÈS DE QUEL(S) ORGANISME(S) PUBLIC(S) VISÉ(S) CI-APRÈS BÉNÉFICIEZ VOUS D'UNE RECONNAISSANCE EN QUALITÉ DE PERSONNE HANDICAPÉE ?

Organisme	Date de reconnaissance
<input type="checkbox"/> Vlaams Agentschap voor personen met een Handicap (anciennement Vlaams Fonds)	__ / __ / ____
<input type="checkbox"/> Service public fédéral Sécurité sociale - Direction générale Personnes handicapées	__ / __ / ____
<input type="checkbox"/> Autre. Précisez :	__ / __ / ____

→ **Veuillez joindre en annexe une copie de la décision de l'institution concernée.**

6.2. VOULEZ-VOUS INTRODUIRE UNE NOUVELLE DEMANDE DE RECONNAISSANCE ? (DEMANDE DE RÉVISION DE VOTRE RECONNAISSANCE EN QUALITÉ DE PERSONNE HANDICAPÉE)

- Non, je NE demande PAS de nouvelle décision de reconnaissance en qualité de personne handicapée. Je désire conserver la décision actuelle.
→ Veuillez passer directement à la **rubrique 10**.
- Oui, je demande une nouvelle décision de reconnaissance en qualité de personne handicapée (= demande de révision de la décision actuelle)
→ Veuillez compléter la suite du formulaire

7. QUEL EST VOTRE MÉDECIN DE FAMILLE OU SPÉCIALISTE ?

Nom : M. Mme

Prénom :

Code postal : Commune :

Rue :

Numéro : Boîte :

8. SITUATIONS DANS LESQUELLES LE DOSSIER EST TRAITÉ EN PRIORITÉ

Dans des situations déterminées et très précaires, le dossier est traité de manière accélérée et la plupart du temps une décision est prise "sur pièces", c'est-à-dire sur base des informations que vous avez envoyées. Dans ce cas, vous ne devez pas vous déplacer pour une évaluation médicale dans un des centres médicaux du service compétent en matière de reconnaissance de handicap pour la Région de Bruxelles Capitale.

Suivez-vous un traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie à l'hôpital ?

Oui

Non

Recevez-vous, dans le cadre d'une chimiothérapie ou d'une radiothérapie, des soins quotidiens à domicile par des infirmiers ou aides-soignants ?

Oui

Non

Souffrez-vous d'une aggravation rapide d'une affection dégénérative ou neurologique ?

Oui

Non

9. IMPACT DE VOTRE HANDICAP SUR VOTRE VIE QUOTIDIENNE

Nous voulons savoir quel est l'impact de votre handicap sur votre vie quotidienne. Veuillez renseigner les difficultés que vous éprouvez :

- **Aucune difficultés** : pas de difficultés, pas d'efforts particuliers, pas d'équipements particuliers.
- **Difficultés minimales** : difficultés minimales ou efforts supplémentaires minimales ou recours minimale à des équipements particuliers.
- **Difficultés importantes** : difficultés importantes ou efforts supplémentaires importants ou recours important à des équipements particuliers.
- **Impossible** : impossible sans l'aide d'une tierce personne ou impossible sans accueil dans un établissement approprié ou impossible sans environnement complètement adapté à exécuter.

Si les difficultés ne se sont pas manifestées constamment ces 30 derniers jours, indiquez quelles étaient généralement vos difficultés. Veuillez donner des exemples concrets en commentaire.

9.1. CUISINER ET FAIRE LES COURSES POUR VOUS-MÊME

9.1.1. Au cours de ces 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous éprouvées pour faire des courses tout seul, pour cuisiner ou pour manger ?

Aucune difficulté

Difficultés minimales

Difficultés importantes

Impossible

9.1.2. Commentaires :

9.2. VOUS DEPLACER A L'INTÉRIEUR ET À L'EXTÉRIEUR DE LA MAISON

9.2.1. *Au cours des 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous rencontrées pour marcher seul sans l'aide de qui que ce soit et sur terrain plat, sans vous arrêter et à un rythme normal ?*

Aucune difficulté Difficultés minimales Difficultés importantes Impossible

9.2.2. *Durant les 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous rencontrées pour monter les escaliers, pour éviter un obstacle ou garder votre équilibre ?*

Aucune difficulté Difficultés minimales Difficultés importantes Impossible

9.2.3. *Au cours des 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous éprouvées pour trouver votre chemin tout seul sans l'aide de quelqu'un d'autre ?*

Aucune difficulté Difficultés minimales Difficultés importantes Impossible

9.2.4. *Commentaires :*

9.3. VOUS LAVER ET VOUS HABILLER

9.3.1. *Au cours de ces 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous éprouvées pour vous habiller et vous déshabiller ?*

Aucune difficulté Difficultés minimales Difficultés importantes Impossible

9.3.2. *Au cours de ces 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous éprouvées pour utiliser les toilettes ?*

Aucune difficulté Difficultés minimales Difficultés importantes Impossible

9.3.3. *Commentaires :*

9.4. ENTRETENIR VOTRE MAISON

9.4.1. *Durant les 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous eues pour vous occuper de l'entretien de votre maison ?*

Aucune difficulté Difficultés minimales Difficultés importantes Impossible

9.4.2. *Commentaires :*

9.5. INDÉPENDANCE

9.5.1. *Durant ces 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous éprouvées pour faire face seul à des situations nouvelles et inattendues ? Par exemple : pouvoir soi-même évaluer un danger et pouvoir l'éviter.*

Aucune difficulté Difficultés minimales Difficultés importantes Impossible

9.5.2. *Durant les 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous eues pour : vivre seul, gérer seul vos biens et prendre seul soin de votre santé comme prendre votre traitement ?*

Aucune difficulté Difficultés minimales Difficultés importantes Impossible

9.5.3. *Commentaires :*

9.6. COMMUNIQUER AVEC LES AUTRES

9.6.1. *Durant les 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous eues pour : créer et entretenir une relation avec une personne inconnue et pouvoir exprimer vos besoins et vos émotions ?*

Aucune difficulté Difficultés minimales Difficultés importantes Impossible

9.6.2. *Durant ces 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous éprouvées pour voir quelqu'un d'autre, entendre et comprendre ?*

Aucune difficulté Difficultés minimales Difficultés importantes Impossible

9.6.3. *Commentaires :*

9.7. PLUS D'INFORMATIONS SUR L'IMPACT DE VOTRE MALADIE OU DE VOTRE INFIRMITÉ

Quelles activités ne pouvez-vous plus faire du fait de vos problèmes de santé et qui ont une influence négative sur votre bien-être ? Si elles n'ont pas encore été abordées dans les questions précédentes, vous pouvez les décrire ici. Décrivez avec vos propres mots quelles sont les conséquences de votre maladie ou de votre infirmité sur vos activités quotidiennes.

9.8. VOULEZ-VOUS INTRODUIRE ÉGALEMENT UNE DEMANDE DE CARTE DE STATIONNEMENT ?

La carte de stationnement pour personnes handicapées vous permet de vous garer en Belgique sur un emplacement réservé (et vous offre éventuellement d'autres avantages de parking).

Pour plus d'information et les conditions d'octroi de la carte de stationnement, nous vous invitons à consulter la page <https://handicap.belgium.be/fr/nos-services/carte-de-stationnement.htm>

Veuillez noter que pour obtenir la carte de stationnement, le SPF Sécurité Sociale - DG Personnes handicapées reste compétent. Néanmoins vous pouvez introduire une demande pour la carte de stationnement en même temps que votre demande de reconnaissance, via notre formulaire.

- Oui, je demande une carte de stationnement, en plus de ma demande de reconnaissance en qualité de personne handicapée
- Non, je NE demande PAS de carte de stationnement

10. MERCI D'AVOIR COMPLÉTÉ CE FORMULAIRE

Suite à votre demande d'allocation, nous examinerons votre situation administrative (adresses, composition de ménage, ...), financière (coordonnées bancaires, revenu, revenu cadastral, ...) et médicale.

Si cela est nécessaire, vous serez convoqué(e) pour une évaluation médicale.

Nous vous tiendrons au courant de notre décision par courrier.

▲ En signant ce formulaire, vous indiquez votre accord avec ces conditions. Si vous ne donnez pas votre accord, il se peut que nous n'ayons pas suffisamment d'informations pour traiter votre dossier.

Je déclare avoir rempli correctement la présente demande. Je sais que la communication délibérée de données inexactes est punissable.

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 (2.4)
- Copie du dernier extrait de rôle avec nombre d'enfants à charge (3.2)
- Copie du dernier extrait cadastral / adresse et revenu cadastral de chaque bien (5)
- Copie de la décision de reconnaissance en qualité de personne handicapée (6.1)

Si vous avez des questions ou si vous voulez nous envoyer des informations complémentaires, contactez-nous :

Par courrier : Iriscare - Service APA - Rue de Trèves 70 boîte 2, 1000 Bruxelles

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

Par email : apa-thab@iriscare.brussels

① Vos données à caractère personnel sont exclusivement utilisées par Iriscare - Service APA en vue de l'exercice de vos droits à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées, en vertu du règlement général européen relatif à la protection des données (RGPD). Plus d'informations sur le respect de la vie privée ? Consultez notre site www.myiriscare.brussels



Allocation pour l'aide aux
personnes âgées (APA)
Rue de Trèves 70 boîte 2
1000 Bruxelles

www.myIriscare.brussels

☎ **0800 35 499 (gratuit)**
☎ 02-435 64 97
✉ apa-thab@iriscares.brussels

Demande de versement de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA) sur un compte bancaire

Formulaire à compléter et nous renvoyer à

☒ **Iriscares - Service APA - Rue de Trèves 70 boîte 2, 1000 Bruxelles**

Je soussigné(e)

Nom, prénom :

Adresse :

Numéro national : ____ . ____ . ____ - ____ . ____

demande que mes allocations soient versées sur le numéro de compte à vue :
(le numéro se trouve sur vos extraits de compte)

IBAN :

B	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Je déclare que le compte mentionné ci-dessus est ouvert : (cocher ce qui est d'application)

à mon nom

à mon nom et à celui de

Je déclare avoir complété correctement ce formulaire et donne l'autorisation à Iriscares - Service APA de contrôler les données auprès de ma banque.

Je m'engage à :

- immédiatement rembourser les montants perçus indûment ;
- informer le service APA de tout élément de nature à modifier mon droit à l'allocation (entrée en institution, une modification de revenu, un départ à l'étranger, ...)
- à avertir immédiatement le service APA si je n'ai plus accès à mon allocation sur le compte. Dans ce cas, je transmettrai un nouveau numéro de compte, sinon mon allocation sera payée par chèque circulaire.

Date : __ / __ / ____

Signature :

⚠ L'allocation est directement versée sur le compte à vue indiqué. Si, après contrôle auprès de votre banque, il apparaît que le compte financier renseigné n'est pas un compte à vue ou que vous n'en êtes pas le (co-)titulaire, le service APA vous demandera alors de communiquer un autre numéro de compte.

① Vos données à caractère personnel sont exclusivement utilisées par Iriscares - Service APA en vue de l'exercice de vos droits à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées, en vertu du règlement général européen relatif à la protection des données (RGPD). Plus d'informations sur le respect de la vie privée ? Consultez notre site www.myIriscares.brussels