



IRISCARE - Service APA

Rue de Trèves, 70 bte 2 - 1000 Bruxelles

0800 35 499 (gratuit)

apa-thab@iriscare.brussels

www.myIriscare.brussels

Demande d'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA) pour les personnes résidant officiellement à Bruxelles

VOLET A - DONNÉES ADMINISTRATIVES

Formulaire à compléter et renvoyer à

☒ Iriscare - Service APA - Rue de Trèves, 70 bte 2 - 1000 Bruxelles

Ce volet est destiné à notre service et au traitement administratif de votre dossier. Répondez aux questions ci-dessous de la manière la plus complète et précise possible.

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.

1. DONNÉES D'IDENTIFICATION (*)

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

Nom :

Prénom :

- ① Notre service vérifie automatiquement votre âge et votre lieu de résidence officiel (renseigné au Registre national). Si vous avez au moins 65 ans mais que votre adresse officielle est située :
- en **Flandre** : vous devez introduire votre demande auprès de votre caisse d'assurance soins (liée à votre mutualité) ou de la Vlaamse Zorgkas. Pour plus d'information et/ou introduire votre demande, consultez leur site : <https://www.vlaamsesocialebescherming.be/zorgbudget-voor-ouderen-met-een-zorgnood> ;
 - en **Wallonie** : vous devez introduire votre demande auprès de votre mutuelle ou via le site www.wal-protect.be ;
 - en **Communauté Germanophone** : vous devez introduire votre demande auprès du SPF Sécurité sociale. Pour plus d'information et/ou introduire votre demande, consultez leur site : <https://handicap.belgium.be/fr/nos-services/allocation-aide-personnes-agees.htm>.

2. DONNÉES DE CONTACT

2.1. ADRESSE DE CORRESPONDANCE

À quelle adresse devons-nous envoyer nos demandes de renseignements et les notifications des décisions (et, le cas échéant, les chèques circulaires) ?

- ① Par défaut, les courriers sont envoyés à votre adresse officielle (renseignée au Registre national).

Rue : N° : Bte :

Code postal : _ _ _ _ Commune :

2.2. LANGUE DE CORRESPONDANCE

FR NL

2.3. AUTRES MOYENS DE CONTACT

Tél. fixe : GSM :

E-mail :

2.4. REPRÉSENTANT LÉGAL

Avez-vous un représentant légal ?

① *Il peut s'agir d'un représentant légal ou judiciaire désigné par un jugement (administrateur des biens ou de personne, médiateur de dettes, etc.) ou d'un mandataire désigné par acte signé par le notaire ou sous seing privé. **S'il y a eu une décision de justice relative à la désignation du représentant légal, veuillez fournir une copie de cette décision en annexe.***

Nom : M. Mme

Prénom :

Rôle :
(administrateur des biens, mandataire, médiateur de dettes, etc.)

Rue : N° : Bte :

Code postal : _ _ _ _ Commune :

Tél. fixe : GSM :

E-mail :

2.5. PERSONNE DE CONTACT

Qui pouvons-nous contacter si nous ne parvenons pas à vous joindre ?

① *Notez que, lorsqu'il y a désignation d'un représentant légal de type administrateur, les demandes de renseignements et les notifications des décisions vous concernant lui seront également adressées.*

Nom : M. Mme

Prénom :

Rue : N° : Bte :

Code postal : _ _ _ _ Commune :

Tél. fixe : GSM :

E-mail :



3. REVENUS DU MÉNAGE (*)

Si vous formez un ménage, veuillez compléter ci-dessous les coordonnées de votre partenaire.

① *La réglementation entend d'une manière générale par "ménage", toute forme de cohabitation de deux personnes qui ne sont pas parentes ou alliées jusqu'au troisième degré inclusivement (donc en-dehors des (grands-)parents, beaux-parents, enfants, (demi-)frères, (demi-)soeurs, oncles, tantes, etc.).*

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

Date de naissance : ____ / ____ / ____ - ____ - ____

Nom : M. Mme

Prénom :

- Bénéficie d'une allocation pour l'aide aux personnes âgées
- A introduit une demande d'allocation pour l'aide aux personnes âgées qui est toujours en traitement

Quels sont vos revenus actuels ?

① *L'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA) est accordée après prise en compte des revenus du ménage. Tous les revenus, quelle qu'en soit la nature ou l'origine, dont vous disposez ainsi que la personne avec laquelle vous formez un ménage, sont pris en considération.*

Veuillez marquer vos revenus d'une croix (plusieurs choix sont possibles).
Veuillez également joindre les pièces justificatives demandées.

	Vous-même	Votre partenaire
Pension / GRAPA <i>Vous ne devez rien fournir.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pension étrangère <i>Veuillez joindre une preuve du paiement (attestation, extrait de compte, ...) reprenant le montant de la pension étrangère, et précisez la périodicité de ces paiements (tous les mois, tous les 2 mois, 4 fois par an, une fois l'an...).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revenu d'intégration (RIS) ou aide du CPAS <i>Vous ne devez rien fournir.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement, salaire ou revenus d'indépendant <i>Si la personne concernée ne bénéficie pas de pension, veuillez joindre une copie du dernier avertissement-extrait de rôle, reprenant le montant des revenus professionnels perçus en tant que salarié et/ou indépendant. Si l'activité exercée actuellement ne figure pas sur le dernier avertissement-extrait de rôle ou si la personne concernée bénéficie d'une pension tout en exerçant une activité professionnelle autorisée, veuillez joindre une copie de la dernière fiche de paie et/ou de la dernière déclaration de revenus.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allocations de chômage <i>Veuillez joindre une copie du dernier avertissement-extrait de rôle, reprenant le montant des allocations de chômage perçues. Si ces allocations de chômage ne figurent pas sur le dernier avertissement-extrait de rôle, veuillez joindre une preuve du paiement (attestation, extrait de compte, ...) reprenant le montant des allocations perçues.</i>		<input type="checkbox"/>

ADM_FORM_FR (2022.01.18.13.40.37)

Veillez marquer vos revenus d'une croix (plusieurs choix sont possibles).
Veillez également joindre les pièces justificatives demandées.

**Vous-
même** **Votre
partenaire**

Indemnité de maladie ou d'invalidité, budget de soins (mutuelle)

Veillez joindre une preuve du paiement (attestation, extrait de compte, ...) reprenant le montant de l'indemnité et/ou de l'allocation perçue(s).

Indemnité suite à une maladie professionnelle

Nous prendrons contact directement avec l'Agence fédérale des risques professionnels (Fedris) concernant le montant de l'indemnité. Si cet organisme n'est pas responsable du versement de l'indemnité, veuillez joindre une preuve du paiement (attestation, extrait de compte, ...) reprenant le montant perçu, et précisez la périodicité de ces paiements (tous les mois, tous les 2 mois, 4 fois par an, une fois l'an...).

Indemnité suite à un accident de travail

Nous prendrons contact directement avec l'Agence fédérale des risques professionnels (Fedris) concernant le montant de l'indemnité. Si cet organisme n'est pas responsable du versement de l'indemnité, veuillez nous fournir les informations suivantes :

La personne concernée perçoit une rente/indemnité périodique : Veuillez joindre une preuve du paiement (attestation, extrait de compte, ...) reprenant le montant perçu, et précisez la périodicité de ces paiements (tous les mois, tous les 2 mois, 4 fois par an, une fois l'an...).

La personne concernée a perçu un capital comme indemnité : Veuillez joindre une copie du jugement ou de l'accord amiable reprenant le montant de l'indemnité.

Rente / pension alimentaire

Si la rente est payée par une autre personne qu'un ascendant (par ex. parent) ou un descendant (par ex. enfant), veuillez joindre une copie du dernier avertissement-extrait de rôle, reprenant le montant de la rente alimentaire perçue. Si cette rente ne figure pas sur le dernier avertissement-extrait de rôle, veuillez joindre une preuve du paiement (attestation, extrait de compte, ...) reprenant le montant perçu.

Autre : _____

Veillez joindre toute preuve de paiement (attestation, extrait de compte, ...) reprenant le montant des revenus sus-mentionnés perçus, et précisez la périodicité de ces paiements (tous les mois, tous les 2 mois, 4 fois par an, une fois l'an...).

Aucun

Vous ne devez rien fournir. Cette déclaration vaut comme déclaration sur l'honneur.

Si vous disposez **d'une épargne ou d'investissements**, indiquez ici le montant : _____ €



5. INFORMATIONS DE PAIEMENT

Veuillez indiquer ci-dessous le numéro de compte à vue sur lequel nous serons éventuellement amenés à verser votre allocation.

① *Le paiement de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées est effectué par virement uniquement sur un compte à vue ouvert au nom du bénéficiaire ou dont ce dernier est co-titulaire (sauf si le bénéficiaire est sous médiation de dettes, auquel cas l'allocation est versée directement au médiateur).*

▲ En complétant ce numéro de compte à vue, vous donnez l'autorisation à Iriscare - Service APA de contrôler vos données auprès de votre banque.

Vous vous engagez également à nous avertir immédiatement si vous n'avez plus accès à votre allocation sur ce compte à vue. Dans ce cas, nous vous demanderons de nous transmettre un nouveau numéro de compte à vue, sinon votre allocation sera payée par chèque circulaire.

IBAN :

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

Le compte à vue mentionné ci-dessus est ouvert : *(cocher ce qui est d'application)*

- à mon nom
- à mon nom et à celui de _____
(conjoint(e), mandataire, administrateur des biens, etc.)
- au nom de mon médiateur de dettes _____

▲ L'allocation est directement versée sur le compte à vue indiqué. En dehors d'une médiation de dettes, 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, nous vous demanderons de nous communiquer un autre numéro de compte à vue.

① **En l'absence d'un numéro de compte valide, l'allocation sera payée par chèque circulaire.** Prenez note que pour encaisser un chèque circulaire, vous devez vous déplacer auprès de votre organisme financier. Pour l'instant, l'encaissement d'un chèque circulaire est gratuit pour autant que vous touchiez le chèque dans un bureau bpost. Dans toutes les autres banques, des frais peuvent vous être réclamés. Nous vous conseillons donc vivement d'opter pour le virement sur un compte à vue.

ADM_FORM_FR (2022.01.18.13.40.37)

6. RECONNAISSANCE DE VOTRE RÉDUCTION D'AUTONOMIE (*)

Bénéficiez-vous déjà d'une reconnaissance de votre réduction d'autonomie ?

- Non Oui : • Date de reconnaissance : ___ / ___ / _____
 • Désirez-vous une révision de cette reconnaissance ?

Oui

Non

Vous ne bénéficiez pas encore d'une reconnaissance de votre réduction d'autonomie, ou vous désirez une révision de votre reconnaissance actuelle :

Veillez compléter et retourner également le "Volet B - Évaluation du degré d'autonomie" ci-joint.

Vous bénéficiez déjà d'une reconnaissance de votre réduction d'autonomie et vous ne désirez pas de révision de cette reconnaissance :

Vous NE devez PAS compléter le "Volet B - Évaluation du degré d'autonomie" ci-joint.

Retournez-nous uniquement ce formulaire ("Volet A - Données administratives"), complété et signé.

7. SIGNATURE (*)

Suite à votre demande d'allocation, nous examinerons votre situation administrative (adresses, composition de ménage, ...) et financière (coordonnées bancaires, revenus, patrimoine mobilier et immobilier, etc.).

Dès que nous aurons toutes les informations (administratives et médicales) nécessaires en notre possession, nous pourrions prendre une décision. Nous vous en informerons 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 soussigné(e)

Nom, prénom :

déclare sur l'honneur avoir rempli correctement le présent formulaire et que les informations fournies sont exactes et complètes.

Date : ___ / ___ / _____

Signature :

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

Des questions ? Contactez-nous :

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

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

Par email : apa-thab@iriscare.brussels

Ou via notre formulaire de contact : <https://www.myiriscare.brussels/fr/contactez-nous/>



IRISCARE - Service APA

Rue de Trèves, 70 bte 2 - 1000 Bruxelles

0800 35 499 (gratuit)

apa-thab@iriscare.brussels

www.myIriscare.brussels

Demande d'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA) pour les personnes résidant officiellement à Bruxelles

VOLET B - ÉVALUATION DU DEGRÉ D'AUTONOMIE

Formulaire à compléter et renvoyer à

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

Ce volet est destiné au service compétent en matière d'évaluation de l'autonomie et du handicap pour la Région de Bruxelles-Capitale. Répondez aux questions ci-dessous de la manière la plus complète et précise possible.

Les données marquées d'une astérisque recueillies via ce formulaire doivent obligatoirement être fournies. Dans le cas contraire, le service compétent en matière d'évaluation de l'autonomie et du handicap pour la Région de Bruxelles-Capitale ne disposera pas de suffisamment d'informations pour traiter votre demande ou y répondre correctement.

⚠ Si vous bénéficiez déjà d'une reconnaissance de votre réduction d'autonomie et que vous ne désirez pas de révision de cette reconnaissance, vous ne devez pas compléter ce formulaire !

1. DONNÉES D'IDENTIFICATION (*)

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

Nom :

Prénom :

2. COORDONNÉES DE VOTRE MÉDECIN DE FAMILLE OU SPÉCIALISTE

Nom : M. Mme

Prénom :

Rue : N° : Bte :

Code postal : _ _ _ _ Commune :

3. SÉJOUR EN INSTITUTION OU DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS

Séjournerez-vous **momentanément** dans une institution ou un établissement de soins ?

Date d'admission : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Nom :

Rue : N° : Bte :

Code postal : _ _ _ _ Commune :

4. TRAITEMENT PRIORITAIRE

- ① 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 d'évaluation de l'autonomie et du handicap pour la Région de Bruxelles-Capitale

Veillez cocher ci-dessous la case ou les cases correspondant à votre situation :

- Vous suivez un traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie à l'hôpital
- Vous recevez, dans le cadre d'une chimiothérapie ou d'une radiothérapie, des soins quotidiens à domicile par des infirmiers ou aides-soignants
- Vous souffrez-vous d'une aggravation rapide d'une affection dégénérative ou neurologique

5. IMPACT SUR VOTRE VIE QUOTIDIENNE (*)

Afin d'évaluer au mieux l'impact de votre réduction d'autonomie sur votre vie quotidienne, veuillez renseigner les difficultés que vous éprouvez selon l'échelle suivante :

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

Veillez répondre **impérativement à toutes** les questions suivantes.

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

5.1 VOUS DÉPLACER À L'INTÉRIEUR ET À L'EXTÉRIEUR DE LA MAISON

Au cours des 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous éprouvées 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
- **monter les escaliers, pour éviter un obstacle ou garder votre équilibre ?**
 Aucune difficulté Difficultés minimales Difficultés importantes Impossible
- **trouver votre chemin tout seul sans l'aide de quelqu'un d'autre ?**
 Aucune difficulté Difficultés minimales Difficultés importantes Impossible

Commentaire :

.....

.....

.....



5.2. CUISINER ET FAIRE LES COURSES POUR VOUS-MÊME

Au cours des 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous éprouvées pour :

- **faire des courses tout seul, cuisiner ou manger ?**

Aucune difficulté Difficultés minimales Difficultés importantes Impossible

Commentaire :

.....

.....

.....

5.3. VOUS LAVER ET VOUS HABILLER

Au cours des 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous éprouvées pour :

- **vous habiller et vous déshabiller ?**

Aucune difficulté Difficultés minimales Difficultés importantes Impossible

- **utiliser les toilettes ?**

Aucune difficulté Difficultés minimales Difficultés importantes Impossible

Commentaire :

.....

.....

.....

5.4. ENTREtenir VOTRE MAISON

Au cours des 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous éprouvées pour :

- **vous occuper de l'entretien de votre maison ?**

Aucune difficulté Difficultés minimales Difficultés importantes Impossible

Commentaire :

.....

.....

.....

MED_FORM_FR (2022.01.18.13.40.32)

5.5. INDÉPENDANCE

Au cours des 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

- **vivre seul, gérer seul vos biens et prendre seul soin de votre santé ?** *Par exemple: prendre votre traitement.*

Aucune difficulté Difficultés minimales Difficultés importantes Impossible

Commentaire :

.....

.....

.....

5.6. COMMUNIQUER AVEC LES AUTRES

Au cours des 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous éprouvées 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

- **voir quelqu'un d'autre, entendre et comprendre ?**

Aucune difficulté Difficultés minimales Difficultés importantes Impossible

Commentaire :

.....

.....

.....

5.7. 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.

.....

.....

.....

.....



6. SIGNATURE (*)

Notre service enverra ce questionnaire médical au service compétent en matière d'évaluation de l'autonomie et du handicap pour la Région de Bruxelles-Capitale, qui contactera votre médecin traitant ou spécialiste, afin d'évaluer votre réduction d'autonomie.

Si cela est nécessaire, vous recevrez une convocation pour une évaluation médicale.

Dès que nous aurons toutes les informations (administratives et médicales) nécessaires en notre possession, nous pourrions prendre une décision. Nous vous en informerons par courrier.

▲ En signant ce formulaire, vous indiquez votre accord avec ces conditions. Si vous ne donnez pas votre accord, il se peut que le service compétent en matière d'évaluation de l'autonomie et du handicap pour la Région de Bruxelles-Capitale ne dispose pas de suffisamment d'informations pour traiter votre dossier.

Je soussigné(e)

Nom, prénom :

déclare sur l'honneur avoir rempli correctement le présent formulaire et que les informations fournies sont exactes et complètes.

Date : __ / __ / ____ Signature :

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

Des questions ? Contactez-nous :

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

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

Par email : apa-thab@iriscare.brussels

Ou via notre formulaire de contact : <https://www.myiriscare.brussels/fr/contactez-nous/>

① Veuillez noter que le SPF Sécurité sociale - Direction générale Personnes handicapées reste compétent pour une série d'avantages liés à votre réduction d'autonomie. Les personnes âgées d'au moins 65 ans domiciliées dans la Région de Bruxelles-Capitale peuvent soumettre ces demandes dans **MyHandicap** :

- Demande de carte de stationnement ;
- Demande de carte de réduction pour les transports en commun ;
- Demande de reconnaissance spécifique du handicap dans le cadre de la réduction de la TVA sur les véhicules à moteur et de l'exonération des taxes de circulation.

Pour plus d'information, consultez <https://handicap.belgium.be/fr/nos-services/index.htm>.

