

Demande de reconnaissance en tant qu'aidant proche pour l'octroi de droits sociaux (DSH)

Loi du 12 mai 2014



1. Données aidant proche et personne aidée

Identification aidant proche

Nom : Prénom :
Rue : N° : Boîte : Index :
Code postal : Localité : Pays :
Tel. : Adresse mail* :
Numéro NISS :
Numéro d'inscription : N° de la mutualité :

Identification personne aidée

Nom : Prénom :
Rue : N° : Boîte : Index :
Code postal : Localité : Pays :
Tel. : Adresse mail* :
Numéro NISS :
Numéro d'inscription :
N° de la mutualité :

2. Conditions de reconnaissance

- Avez-vous une résidence permanente en Belgique ? Oui Non
- La personne aidée réside-t-elle effectivement et de manière permanente dans le pays ? Oui Non
- Êtes-vous inscrit au registre national ou au registre des étrangers ? Oui, registre national
 Oui, registre des étrangers
 Non
- Apportez-vous le soutien et l'aide à des fins non professionnelles et gratuitement ? Oui Non
- L'aide et le soutien sont-ils prodigués avec le concours d'au moins un professionnel ? *(Il n'est pas nécessaire que vous fournissiez l'aide et le soutien en présence du professionnel)* Oui Non
- Tenez-vous compte du projet de vie de la personne aidée ? Oui Non
- Avez-vous développé une relation de confiance ou de proximité, affective ou géographique avec la personne aidée ? Oui Non

Demande de reconnaissance en tant qu'aidant proche pour l'octroi de droits sociaux (DSH)

Loi du 12 mai 2014



3. Conditions d'octroi de la reconnaissance des droits sociaux

Prévoyez-vous un minimum de 50 heures d'aide et de soutien par mois à la personne ayant besoin de soins, ou aurez-vous fourni au moins 600 heures d'aide et soutien par an ? Oui Non

La personne aidée dispose-t-elle d'une attestation au moyen d'une échelle de besoins de soins :

- Avec au moins 35 points sur l'échelle de profil BEL Oui Non
- Avez-vous au moins 13 points au BelRAI screener ou minimum 5,5 points pour la somme des modules AIVQ et AVQ du BelRAI screener Oui Non
- Avec au moins 15 sur l'échelle médico-sociale AVQ/CPS Oui Non
- Forfait B ou C sur l'échelle de KATZ Oui Non
- Ou remplit-elle au moins 1 des conditions médicales pour avoir droit à l'intervention (forfaitaire) pour les maladies chroniques ? Oui Non

Si vous avez coché une ou plusieurs catégories, veuillez joindre une copie des pièces justificatives pertinentes à la demande.

4. Situation de dépendance de la personne aidée (à remplir par la personne aidée)

La personne aidée déclare-t-elle se trouver dans une des situations de dépendance suivantes ?
(cochez la case correspondante et **joignez l'attestation correspondante à la présente déclaration sur l'honneur**).

- Le **degré d'autonomie a été fixé à au moins 12 points** en vertu de l'arrêté ministériel du 30 juillet 1987 fixant les catégories et le guide pour l'évaluation du degré d'autonomie en vue de l'examen du droit à l'allocation d'intégration. Cette constatation est effectuée par la Direction générale Personnes handicapées du SPF Sécurité sociale, par Medex ou par le médecin-conseil de la mutualité. L'examen par le médecin-conseil de la mutualité a uniquement lieu dans des situations pour lesquelles aucune autre constatation de la situation médicale n'a eu lieu.
- Le **degré d'autonomie permanente a été fixé à 12 points** ou plus en vertu de l'arrêté ministériel du 30 juillet 1987 fixant les catégories et le guide pour l'évaluation du degré d'autonomie en vue de l'examen du droit à l'allocation d'intégration.
- Je bénéficie d'**une allocation de remplacement de revenus ou d'une allocation d'intégration ou d'une allocation pour l'aide aux personnes âgées**, visées dans la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux handicapés, et **mon degré d'autonomie a été fixé à au moins 12 points** en vertu de l'arrêté ministériel du 30 juillet 1987 fixant les catégories et le guide pour l'évaluation du degré d'autonomie en vue de l'examen du droit à l'allocation d'intégration.
- Je bénéficie d'**une allocation pour l'aide aux personnes âgées**, visée dans le décret du 4 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande, et **mon degré d'autonomie a été fixé à au moins 12 points** en vertu de l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 octobre 2016 portant exécution du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande.
- Je bénéficie d'**une aide d'une tierce personne** au sens de l'article 215bis de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de **la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités**, coordonnée le 14 juillet 1994, et mon degré d'autonomie a été fixé à au moins 12 points en vertu de l'arrêté ministériel du 30 juillet 1987 fixant les catégories et le guide pour l'évaluation du degré d'autonomie en vue de l'examen du droit à l'allocation d'intégration.
- Je bénéficie du supplément en cas de **handicap grave au sens des articles 134 à 138 de la loi du 26 juin 1992** portant des dispositions sociales et diverses, et mon degré d'autonomie a été fixé à au moins 12 points en vertu de l'arrêté ministériel du 30 juillet 1987 fixant les catégories et le guide pour l'évaluation du degré d'autonomie en vue de l'examen du droit à l'allocation d'intégration.

Demande de reconnaissance en tant qu'aidant proche pour l'octroi de droits sociaux (DSH)

Loi du 12 mai 2014



4. Situation de dépendance de la personne aidée (suite)

- Je bénéficie d'un avantage octroyé au niveau communautaire ou régional sur la base de :
- soit **au moins 35 points sur l'échelle de profil BEL** au sens de l'article 1er, 5° de l'arrêté du 30 novembre 2018 du Gouvernement flamand portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande
 - soit **un minimum de 13 au BelRAI screener ou minimum 5,5 points pour la somme des modules AIVQ et AVQ du BelRAI screener**
 - soit **au moins 15 sur l'échelle médico-sociale AVQ/CPS en Wallonie et à Bruxelles**, visée par l'arrêté ministériel du 30 juillet 1987 fixant les catégories et le guide pour l'évaluation du degré d'autonomie en vue de l'examen du droit à l'allocation d'intégration
 - soit une attestation qui me donne droit au **forfait B ou C après l'évaluation selon l'échelle de KATZ**
- Je remplis au moins 1 des **conditions médicales** pour avoir droit à **l'intervention (forfaitaire) pour les maladies chroniques**.
- Je suis âgé(e) de moins de 21 ans** et lors de l'évaluation conformément à l'arrêté royal du 28 mars 2003 portant exécution des articles 47, 56septies et 63 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés et de l'article 88 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002 j'ai obtenu les points suivants:
- ou **au moins 12 points**
 - ou **au moins 6 points sur 18 dans le troisième pilier** qui mesure les conséquences de l'affection pour l'environnement familial
- J'ai **droit aux allocations supplémentaires** octroyées sur la base des articles 47, § 2, 56septies, § 2, et 63, § 2, de la loi générale du 19 décembre 1939 concernant les allocations familiales, et lors de l'évaluation conformément à l'arrêté royal du 28 mars 2003 portant exécution des articles 47, 56septies et 63 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés et de l'article 88 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002 j'ai obtenu les points suivants:
- ou **moins 12 points**
 - ou **au moins 6 points sur 18 dans le troisième pilier** qui mesure les conséquences de l'affection pour l'environnement familial
- J'ai **droit aux allocations supplémentaires** et lors de l'évaluation conformément au guide en annexe de l'arrêté royal du 3 mai 1991 portant exécution des articles 47, 56septies, et 63 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés et de l'article 96 de la loi du 29 décembre 1990 portant des dispositions sociales, **j'ai obtenu plus de 80 % d'incapacité physique ou mentale et 7 à 9 points pour le degré d'autonomie**.

Demande de reconnaissance en tant qu'aidant proche pour l'octroi de droits sociaux (DSH)

Loi du 12 mai 2014



Je déclare que j'ai rempli la présente demande correctement et complètement. En cas de changement de situation, je déclare en informer immédiatement la mutualité.

Je sais qu'une déclaration inexacte ou incomplète ou que l'omission d'effectuer une déclaration obligatoire ou de fournir les renseignements que je suis tenu(e) de fournir peut donner lieu à des amendes, à une sanction administrative ou à une poursuite judiciaire, sans préjudice d'éventuelles récupérations conformément aux articles 230 à 236 inclus du Code pénal social et je m'engage à communiquer toute modification à ma mutualité.

Date : / /

Date : / /

Signature de l'aidant proche

Signature de la personne aidée ou
de son représentant légal

* J'accepte que la Mutualité chrétienne (MC) puisse utiliser mon adresse e-mail pour me contacter dans le cadre de mon dossier personnel (1). Si j'enregistre ou modifie mon adresse e-mail, je recevrai un e-mail de la MC pour des raisons de sécurité afin de confirmer mon adresse e-mail et éventuellement modifier mes préférences de communication. Ce n'est qu'après cette confirmation que la MC utilisera mes préférences.

(1) Dans le cadre des services de la MC, sont concernés: aperçu des prestations en cas d'incapacité de travail; lettres, formulaires et attestations; factures pour le paiement de la cotisation, de la prime d'assurance et d'autres factures dans le cadre de mon dossier personnel(2); informations sur les services et avantages des assurances obligatoires et complémentaires; communications dans le cadre de mon contrat d'assurance(s) facultative(s) MC Assure (Hospi, Dento). Des informations sur ma santé peuvent être exposées dans le cadre de cette communication, je pense à protéger, si nécessaire, l'accès à ma boîte de courrier électronique.

(2) Ceci ne s'applique pas si j'ai choisi de recevoir mes documents et/ou mes factures MC sur Doccle.

- Les organismes assureurs collectent et traitent des données personnelles dans le cadre de leur mission en tant que mutualité. Vous pouvez à tout moment consulter les données que nous traitons à votre sujet et, si nécessaire, les faire corriger. Vous pouvez à tout moment vous opposer à l'utilisation de vos données à des fins de marketing direct. Dans ce cas, veuillez consulter notre déclaration de confidentialité sur le site web 'Déclaration de consentement pour le traitement des données médicales' Dans le cadre du traitement des données relatives à la présente déclaration sur l'honneur, l'exercice des droits s'applique tant à l'aidant proche qu'à la personne aidée.

Nous traiterons vos données personnelles conformément à la législation belge et européenne applicable en matière de protection de la vie privée, en particulier le règlement RGDP (2016/679) concernant la protection des données personnelles et la libre circulation de ces données. Pour plus d'informations concernant le traitement de vos données personnelles, veuillez consulter notre déclaration de confidentialité sur notre site web <https://www.mc.be/disclaimer/politique-confidentialite-mc>.