

Déclaration sur l'honneur pour la reconnaissance en tant qu'aidant proche
Loi du 12 mai 2014
A remettre à la mutualité de l'aidant proche

| | |
|--|--|
| Information concernant l'aidant-proche | |
| 1. Identification de l'aidant proche | |
| Nom et prénom de l'aidant proche | |
| Numéro NISS | |
| Mutualité (n°) : | |
| Numéro d'inscription : | |
| Adresse : | |
| <i>(ou coller une vignette de votre mutualité)</i> | |
| Adresse e-mail : | |
| 2. Avez-vous une résidence permanente en Belgique ? | Oui/non |
| 3. Êtes-vous inscrit au registre national ou au registre belge des étrangers ? | Registre national/ Registre des étrangers/Non |

| | |
|--|---------|
| Information concernant la personne aidée | |
| 4. Identification de la personne aidée | |
| Nom et prénom de la personne aidée | |
| Numéro NISS : | |
| Numéro d'inscription: | |
| Mutualité (n°): | |
| Adresse : | |
| <i>(ou coller une vignette de la mutualité de la personne aidée)</i> | |
| Age de la personne aidée : | |
| Adresse e-mail: | |
| 5. La personne aidée réside-t-elle effectivement et de manière permanente dans le pays ? | Oui/non |

| | |
|---|---------|
| Informations concernant le type de reconnaissance demandé | |
| 6. Demande de reconnaissance générale en tant qu'aidant proche ¹ | Oui/non |
| 7. Demande de reconnaissance pour l'octroi de droits sociaux ² | Oui/non |

¹ Comme visé au chapitre 2 de l'A.R. portant exécution de la loi du 12 mai 2014 relative à la reconnaissance de l'aidant proche et à l'octroi de droits sociaux à l'aidant proche.

² Comme visé au chapitre 3 de l'A.R. portant exécution de la loi du 12 mai 2014 relative à la reconnaissance de l'aidant proche et à l'octroi de droits sociaux à l'aidant proche.

| Informations concernant votre relation avec la personne aidée | |
|---|-----------------|
| 8. Apportez-vous le soutien et l'aide à des fins non professionnelles et gratuitement ? | Oui/non |
| 9. L'aide et le soutien sont-ils prodigués avec le concours d'au moins un professionnel ? | Oui/non |
| 10. Tenez-vous compte du projet de vie de la personne aidée ? | Oui/non |
| 11. Avez-vous développé une relation de confiance ou de proximité, affective ou géographique avec la personne aidée ? | Champ de saisie |

| Uniquement si vous avez répondu oui à la question 6. Veuillez répondre à la question ci-dessous. | |
|---|---------|
| 12. La personne aidée est-elle vulnérable et dans une situation de dépendance en raison de son grand âge, de son état de santé ou d'un handicap ? | Oui/non |

Uniquement si vous avez répondu oui à la question 7. Veuillez répondre aux questions 13 à 29 ci-dessous.

| | |
|--|---------|
| 13. 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 |
|--|---------|

Situation de dépendance de la personne aidée

| | |
|--|---------|
| La personne aidée dispose-t-elle d'une attestation au moyen d'une échelle de besoins de soins ? | |
| 14. Avec au moins 35 points sur l'échelle de profil BEL | Oui/non |
| 15. Avez-vous au moins 13 points au BelRAI screener ou minimum 6 points pour la somme des modules AIVQ et AVQ du BelRAI screener | Oui/non |
| 16. Avec au moins 15 sur l'échelle médico-sociale AVQ/CPS | Oui/non |
| 17. Forfait B ou C sur l'échelle de KATZ | Oui/non |
| 18. Ou remplit-elle au moins 1 des conditions médicales pour avoir droit à l'intervention (forfaitaire) pour les maladies chroniques ? | Oui/non |
| <i>Si vous avez répondu oui à une ou plusieurs catégories, veuillez joindre une copie des pièces justificatives pertinentes à la présente demande.</i> | |

| | |
|--|---------|
| La personne aidée déclare-t-elle se trouver dans une des situations de dépendance suivantes? <i>(Répondez oui à la question correspondant à la situation et joignez l'attestation correspondante à la présente déclaration sur l'honneur).</i> | |
| 19. 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. <u>Attention</u> : L'examen par le médecin-conseil de la mutualité a uniquement lieu dans des situations pour lesquelles <u>aucune autre constatation</u> de la situation médicale n'a eu lieu. | Oui/non |
| 20. 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. | Oui/non |
| | Oui/non |

| | |
|--|---------|
| <p>21. 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.</p> | Oui/non |
| <p>22. 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.</p> | Oui/non |
| <p>23. 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.</p> | Oui/non |
| <p>24. 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.</p> | Oui/non |
| <p>25. Je bénéficie d'un avantage octroyé au niveau communautaire ou régional sur la base de :</p> | Oui/non |
| <p>a. soit au moins 35 points sur l'échelle de profil BEL au sens de l'article 1^{er}, 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</p> | Oui/non |
| <p>b. soit un minimum de 13 au BelRAI screener ou minimum 6 points pour la somme des modules AIVQ et AVQ du BelRAI screener</p> | Oui/non |
| <p>c. 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</p> | Oui/non |
| <p>d. soit une attestation qui me donne droit au forfait B ou C après l'évaluation selon l'échelle de KATZ</p> | Oui/non |
| <p>26. Je remplis au moins 1 des conditions médicales pour avoir droit à l'intervention (forfaitaire) pour les maladies chroniques.</p> | Oui/non |
| <p>27. 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:</p> <p>a. au moins 12 points;</p> <p>b. ou au moins 6 points sur 18 dans le troisième pilier qui mesure le conséquences de l'affection pour l'environnement familial.</p> | Oui/non |
| <p>28. 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</p> | Oui/non |

| | | |
|--|--|---|
| <p>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:</p> <p>a. au moins 12 points;</p> <p>b. ou au moins 6 points sur 18 dans le troisième pilier qui mesure le conséquences de l'affection pour l'environnement familial.</p> | | <p>Oui/non</p> |
| <p>29. 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.</p> | | |
| <p><input type="checkbox"/> « J'accepte, en cochant cette case, que la mutualité de la personne pour laquelle j'apporte de l'aide et du soutien puisse prendre contact avec ma mutualité afin de pouvoir s'échanger les informations nécessaires au traitement de la présente demande.</p> <p>(à cocher par l'aidant proche)</p> | <p><input type="checkbox"/> « J'accepte, en cochant cette case, que la mutualité de la personne m'apportant de l'aide ou du soutien puisse prendre contact avec ma mutualité afin de pouvoir s'échanger les informations nécessaires au traitement de la présente demande.</p> <p>(à cocher par la personne aidée)</p> | |
| <p>Les organismes assureurs collectent et traitent les données à caractère personnel. Nous le faisons pour pouvoir exécuter notre tâche en tant que mutualité, pour gérer votre dossier et pour vous informer de nos services et activités dans le cadre de la réglementation relative à la reconnaissance de l'aidant proche et à l'octroi de droits sociaux. Vous avez le droit de savoir quelles sont vos données que nous traitons, de demander de corriger ou d'effacer vos données, de vous opposer à des décisions automatisées. Envoyez votre demande à l'attention de notre délégué à la protection des données à notre adresse postale ou à privacy@xxxxx.be.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> | | |
| <p>Signature de l'aidant proche ou de son représentant légal</p> | | <p>Signature de la personne aidée ou de son représentant légal</p> |
| <p>Date</p> | | <p>Date</p> |