

Version janvier 2017

FORMULAIRE 9

Demande de reconnaissance du statut de grande dépendance

Ce formulaire de demande de reconnaissance est composé de 2 parties :

PARTIE 1 - Note explicative (à garder pour vous) pages 1 à 4

PARTIE 2 – Formulaire de demande (à envoyer au Service PHARE)..... pages 5 à 17

• • •

PARTIE 1 - Note explicative (à garder pour vous)

IMPORTANT :

Si vous êtes domicilié à Bruxelles et que vous n'avez pas encore été admis (inscrit) au Service PHARE, vous devez aussi obligatoirement demander et obtenir votre inscription.

Pour cela vous devez :

- compléter le FORMULAIRE 1 (demande d'admission) ;
- faire compléter par un médecin de votre choix le FORMULAIRE 2 (document médical),
- et envoyer ces deux formulaires au Service PHARE.

Nous vous conseillons d'envoyer le FORMULAIRE 9 en même temps que ces 2 formulaires.

ATTENTION :

- **La date d'envoi de ce FORMULAIRE 1 est très importante.** C'est seulement à partir de cette date que le Service PHARE pourra éventuellement vous accorder le statut de grande dépendance.
- **Pour être traitée par le Service PHARE, votre demande doit absolument être signée par la bonne personne : lire les pages 5 et 6.**

Pour obtenir le statut de grande dépendance, vous devez remplir les conditions suivantes :

1° dépendre en permanence de l'aide d'une tierce personne pour l'exécution des gestes principaux de la vie quotidienne et ne pas être en mesure, sans cette aide, de répondre à vos besoins élémentaires, notamment, assurer vos soins, vous alimenter et veiller à votre sécurité.

2° ne pas disposer d'une réponse satisfaisante à vos besoins d'accueil et/ou d'hébergement, et vous trouver dans l'une des situations suivantes :

- être tenu de rester à domicile dans l'attente d'une place dans un centre de jour ;
- être tenu de rester à domicile dans l'attente d'une place dans un centre d'hébergement ;
- être hospitalisé pour une longue durée ou hébergé en maison de repos ou en maison de repos et de soins à défaut d'avoir obtenu une place dans un centre de jour ;
- être hospitalisé pour une longue durée ou hébergé soit en maison de repos soit en maison de repos et de soins à défaut d'avoir obtenu une place dans un centre d'hébergement ;
- être accueilli dans un centre de jour ou dans une école, qui présente pour vous l'un des inconvénients suivants :
 1. il ne correspond pas au profil de votre handicap ou de votre âge ;
 2. il représente pour vous, compte tenu de l'éloignement géographique de ce centre par rapport à votre cadre de vie d'origine, un obstacle au maintien des relations avec votre entourage et vos proches ;
 3. la prise en charge risque de se terminer dans les 6 prochains mois ;
 4. il ne peut vous offrir un accueil à temps plein ;
- être hébergé dans un centre d'hébergement, qui présente pour vous l'un des inconvénients suivants :
 1. il ne correspond pas au profil de votre handicap ou de votre âge ;
 2. il représente pour vous, compte tenu de l'éloignement géographique de ce centre par rapport à votre cadre de vie d'origine, un obstacle au maintien des relations avec votre entourage et vos proches ;
 3. la prise en charge risque de se terminer dans les 6 prochains mois ;
 4. il ne peut vous offrir un hébergement à temps plein ;
- être en fin de scolarité, en attente d'une place dans un centre de jour ;
- être en fin de scolarité, en attente d'une place dans un centre d'hébergement.

Le statut de grande dépendance est octroyé pour une durée qui prend fin lorsque la personne ne répond plus aux conditions.

Il convient donc d'informer l'Interface des Situations Prioritaires du Service PHARE de tout changement de situation : entrée ou sortie dans un centre de jour ou d'hébergement, dans une école,...

Complétez et envoyez votre demande de reconnaissance signée au Service PHARE :

- soit par courrier envoyé à l'adresse suivante :
Service PHARE - Rue des Palais 42 - 1030 Bruxelles
- soit en le déposant à la même adresse
- soit via l'adresse électronique suivante : isprior.phare@spfb.brussels

Si vous avez des difficultés pour compléter ce formulaire ou si vous souhaitez des explications, une personne du Service PHARE peut vous aider.

Pour prendre rendez-vous ou pour poser des questions générales par téléphone, fax ou courriel :

Rue des Palais, 42
1030 Bruxelles

Le Service est ouvert au public le matin de 9 h à 12 h (lundi, mardi, jeudi et vendredi).
Le Service est fermé au public le mercredi.

 02 800 82 03 : tous les matins du lundi au vendredi de 9 h à 12 h

Fax 02 800 81 20

 info.phare@spfb.brussels

Pour contacter une personne de l'Interface des Situations Prioritaires du Service PHARE :

 02 800 80 35 ou 02 800 80 63

 isprior.phare@spfb.brussels

Dès réception de votre demande, un membre de l'Interface des situations prioritaires du Service PHARE prendra contact avec vous et/ou avec votre entourage.

Si vous obtenez le statut de grande dépendance, vous pouvez alors bénéficier :

- d'un suivi particulier par l'Interface des Situations Prioritaires du Service PHARE qui vous guidera dans vos recherches ;
- d'activités de répit et de loisirs organisées par certains services ; la liste des services proposant des activités de répit et de loisirs se trouve sur notre site internet : www.phare.irisnet.be
- du remboursement de certains frais de déplacement quand vous participez à des activités de loisirs (maximum 30 trajets par an, soit 15 allers/retours, en Région bruxelloise). Vous devez alors compléter le FORMULAIRE 6.

Si vous obtenez le statut de grande dépendance, vous recevrez une décision qui établit cette reconnaissance.

Informations relatives à la protection de la vie privée

Toutes les données à caractère personnel reprises dans le présent document sont traitées dans le respect de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Vous disposez du droit de consulter les informations qui vous concernent et, si nécessaire, de les faire rectifier en contactant le service responsable du traitement (Service PHARE – rue des Palais, 42 – 1030 Bruxelles).

Vous trouverez plus d'informations sur le site internet du Service PHARE :

www.phare.irisnet.be

• • •

FORMULAIRE 9

Demande de reconnaissance du statut de grande dépendance

PARTIE 2 – Formulaire de demande

A envoyer au Service PHARE

1. IDENTITE : COORDONNEES DE LA PERSONNE INSCRITE

Nom : Prénoms :

Date de naissance : / / Homme Femme

N° national : -

N° de dossier au Service PHARE :

Domicile : N° :

Code postal : Commune :

 GSM

Courriel :

2. COORDONNEES DE LA PERSONNE QUI SIGNE LA DEMANDE

Cochez la bonne case :

La personne est mineure :

- son représentant légal est le père, la mère ou le tuteur
→ signature du représentant légal
- sous la protection d'une décision d'un juge de la jeunesse
→ signature du représentant légal et / ou du juge de la jeunesse

La personne est majeure :

- elle ne fait l'objet d'aucune mesure de protection → signature de la personne

4. elle est sous minorité prolongée → signature du représentant légal
5. elle bénéficie d'une protection judiciaire (décision d'un juge de paix) visant la gestion des biens **et** les droits individuels de la personne → signature de l'administrateur
6. elle bénéficie d'une mesure de protection visant uniquement la gestion des biens → signatures de la personne **et** de l'administrateur ou du mandataire
7. elle bénéficie d'une dispense de signature définitive ou temporaire → fournir une copie recto-verso de la carte d'identité ou de l'attestation médicale

TOUJOURS joindre le mandat ou la décision de justice

Précisez les coordonnées du représentant légal, du juge de la jeunesse, du mandataire ou de l'administrateur :

Nom : Prénom :

N° national : - Date de naissance : /.... /.....

Adresse : N°

Code postal : Commune :

 GSM

Courriel : Lien avec la personne :

Tout changement au niveau des informations mentionnées ci-dessous doit être communiqué immédiatement au Service PHARE.

2. COORDONNEES DE LA PERSONNE, DU SERVICE OU DE L'ASBL QUI VOUS A AIDE A COMPLETER CE FORMULAIRE

Nom : Prénom :

Fonction : Nom du service :

Adresse : N°

Code postal : Commune :

 GSM Courriel :

3. SITUATION ACTUELLE

Cocher la situation qui correspond à votre situation :

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Je ne dispose pas d'une réponse satisfaisante à mes besoins d'accueil et/ou d'hébergement, et je me trouve dans l'une des situations suivantes : |
| <input type="checkbox"/> | Je suis à domicile dans l'attente d'une place dans un centre de jour, |
| <input type="checkbox"/> | Je suis à domicile dans l'attente d'une place dans un centre d'hébergement, |
| <input type="checkbox"/> | Je suis hospitalisé pour une longue durée ou hébergée en maison de repos ou en maison de repos et de soins à défaut d'avoir obtenu une place dans un centre de jour, |
| <input type="checkbox"/> | Je suis hospitalisé pour une longue durée ou hébergée, soit en maison de repos, soit en maison de repos et de soins, à défaut d'avoir obtenu une place dans un centre d'hébergement. |
| <input type="checkbox"/> | Je suis accueilli dans un centre de jour ou dans une école, qui présente pour moi l'un des inconvénients suivants : |
| <input type="checkbox"/> | il ne correspond pas au profil de mon handicap ou de mon âge, |
| <input type="checkbox"/> | il représente pour moi, compte tenu de l'éloignement géographique de ce centre par rapport à mon cadre de vie d'origine, un obstacle au maintien des relations avec mon entourage et mes proches, |
| <input type="checkbox"/> | La prise en charge risque de se terminer dans les 6 prochains mois, |
| <input type="checkbox"/> | Il ne peut m'offrir un accueil à temps plein. |
| <input type="checkbox"/> | Je suis hébergé dans un centre d'hébergement, qui présente pour moi l'un des inconvénients suivants : |
| <input type="checkbox"/> | Il ne correspond pas au profil de mon handicap ou de mon âge, |
| <input type="checkbox"/> | Il représente pour moi, compte tenu de l'éloignement géographique de ce centre par rapport à mon cadre de vie d'origine, un obstacle au maintien des relations avec mon entourage et mes proches, |
| <input type="checkbox"/> | La prise en charge risque de se terminer dans les 6 prochains mois, |
| <input type="checkbox"/> | Il ne peut m'offrir un hébergement à temps plein. |
| <input type="checkbox"/> | Je suis en fin de scolarité, en attente d'une place dans un centre de jour ; |
| <input type="checkbox"/> | Je suis en fin de scolarité, en attente d'une place dans un centre de d'hébergement. |

LIEUX OU SERVICES FREQUENTES AUJOURD'HUI :

A la maison :

Adresse :
.....

Centre d'hébergement :

Nom :
Adresse :
.....

Centre de jour :

Nom :
Adresse :
.....

Ecole :

Type d'enseignement :
Nom :
Adresse :
.....

Répit :

Nom :
Adresse :
.....

Loisirs :

Nom :
Adresse :
.....

Autre (maison de repos, hôpital, famille d'accueil, habitation protégée,...) :

Nom :
Adresse :
.....

4. SITUATION FAMILIALE

Composition de la famille :

.....
.....

Situation professionnelle des parents ou des proches :

.....
.....

Age des parents ou des proches :

.....

5. QUELLE EST VOTRE DEMANDE ?

Préciser le nom du service (ou des services) si une demande a déjà été introduite auprès de lui.

Centre de jour :

.....
.....

Centre d'hébergement :

.....
.....

Répit :

.....
.....

Loisirs :

.....
.....

Autre :

.....
.....
.....

6. SITUATION INDIVIDUELLE :

1. ALIMENTATION :

| | Oui | Avec aide | Non |
|--|-----|-----------|-----|
| Possibilité de manger seul | | | |
| Possibilité de boire seul | | | |
| Doit-on épaissir les liquides ? | | | |
| Doit-on couper ou moude la nourriture ? | | | |
| Besoin d'un régime alimentaire particulier | | | |
| Capacité à se servir son assiette | | | |
| Capacité à préparer ses tartines | | | |
| A une sonde gastrique | | | |
| Besoin de surveillance pendant les repas | | | |

Commentaire :

2. HABILLAGE ET HYGIENE :

| | Oui | Avec aide | Non |
|---|-----|-----------|-----|
| Capacité de choisir ses vêtements | | | |
| Possibilité d'enfiler seul ses vêtements | | | |
| Possibilité de se boutonner, d'utiliser une tirette | | | |
| Possibilité de se raser seul | | | |
| Possibilité de se laver les cheveux seul | | | |
| Possibilité de se laver le reste du corps seul | | | |
| Possibilité de se brosser les dents seul | | | |
| Capacité à penser à se laver | | | |
| Port de langes jour et nuit | | | |
| Port de lange en journée | | | |
| Port de langes la nuit | | | |
| Capacité à penser à aller aux toilettes | | | |
| Possibilité d'aller seul à la toilette | | | |

Commentaire :

3. COMMUNICATION :

3.1. Expression :

| | Oui | Non |
|--|-----|-----|
| Possibilité d'exprimer ses besoins primaires (faim, soif,...) | | |
| Possibilité d'exprimer ses émotions (douleur, tristesse, joie,...) | | |
| Langage verbal | | |
| Par phrases complexes | | |
| Par phrases simples | | |
| Par mots | | |
| Langage non verbal | | |
| En faisant des cris/bruits | | |
| En pointant l'objet désiré | | |
| En amenant la personne vers l'endroit désiré | | |
| En utilisant un système gestuel (langue des signes, Sesame,...) | | |
| En utilisant des représentations (images, pictos, photos,...) | | |
| En écrivant | | |
| Utilisation d'outils de communication (lesquels?) | | |

Commentaire :

3.2. Compréhension :

| | Oui | Non |
|--|-----|-----|
| Par la parole | | |
| Par gestes | | |
| Par des représentations (images, pictos, photos,...) | | |
| Par un système gestuel (langue des signes, Sesame,...) | | |
| Par écrit | | |
| Utilisation d'outils de communication (lesquels ?) | | |

Commentaire :

4. MOBILITE :

| | Oui | Avec aide | Non |
|--|-----|-----------|-----|
| Possibilité de marcher | | | |
| Possibilité de monter ou descendre les escaliers | | | |
| Usager d'une voiturette (entourer) : manuelle électrique | | | |
| Possibilité de se déplacer seul(e) en voiturette manuelle | | | |
| Possibilité de faire ses transferts seul | | | |
| Utilisation d'autres aides à la mobilité (béquille, rollator,....) | | | |
| - | | | |
| - | | | |
| - | | | |
| - | | | |

Commentaire :

5. MEDICAL :

| | Oui | Non |
|---|-----|-----|
| Besoin de kiné respiratoire | | |
| Besoin de kiné de rééducation | | |
| Besoin de gérer une pompe Baclofène | | |
| Diabète | | |
| Épilepsie | | |
| Crises d'épilepsie Type et fréquence : | | |
| Epilepsie stabilisée | | |
| Besoin de soins médicaux particuliers | | |
| Suivi par un médecin traitant (facultatif) Coordonnées : | | |
| Suivi par des spécialistes (facultatif) Coordonnées : | | |

Commentaire :

6. COMPORTEMENTS :

6.1. Agressivité envers les autres

| | Oui | Non | Intensité de 1 à 5 | Fréquence (nombre de fois par jour, semaine ou mois) | Contexte le + fréquent |
|-------------------------|-----|-----|--------------------|--|------------------------|
| Frappe | | | | | |
| Tire les cheveux | | | | | |
| Pousse les gens | | | | | |
| Donne des coups de pied | | | | | |
| Mord | | | | | |
| Pince | | | | | |
| | | | | | |

Commentaire :

6.2. Agressivité envers soi-même

| | Oui | Non | Intensité de 1 à 5 | Fréquence (nombre de fois par jour, semaine ou mois) | Contexte le + fréquent |
|-----------------------------|-----|-----|--------------------|--|------------------------|
| Se frappe | | | | | |
| Se cogne contre du matériel | | | | | |
| Se mord | | | | | |
| S'arrache les cheveux | | | | | |
| Se pince | | | | | |
| Se coupe | | | | | |
| | | | | | |

Commentaire :

6.3. Destruction de matériel

| | Oui | Non | Fréquence (nombre de fois par jour, semaine ou mois) | Contexte le + fréquent |
|----------------------|-----|-----|---|------------------------|
| Casse des objets | | | | |
| Jette des objets | | | | |
| Renverse des meubles | | | | |
| Déchire | | | | |
| | | | | |

Commentaire :

6.4. Comportements antisociaux

| | Oui | Non | Fréquence (nombre de fois par jour, semaine ou mois) | Contexte le + fréquent |
|---|-----|-----|---|------------------------|
| Crie | | | | |
| S'enfuit | | | | |
| Crache | | | | |
| Se déshabille en public | | | | |
| Se jette à terre | | | | |
| Comportement-problème selles/urines | | | | |
| Comportement sexuel inadéquat en public | | | | |
| | | | | |

Commentaire :

6.5. Stéréotypies

| | Oui | Non | Fréquence (nombre de fois par jour, semaine ou mois) | Contexte le + fréquent |
|-------------------------|-----|-----|---|------------------------|
| Balancements | | | | |
| Mouvements des mains | | | | |
| Bruits répétitifs | | | | |
| Balancer une ficelle | | | | |
| Arpente | | | | |
| | | | | |

Commentaire :

6.6. Alimentation

| | Oui | Non | Fréquence (nombre de fois par jour, semaine ou mois) | Contexte le + fréquent |
|---|-----|-----|---|------------------------|
| Hypersélectivité | | | | |
| Se fait vomir | | | | |
| Recherche permanente de nourriture | | | | |
| Mange des objets ou des substances non comestibles | | | | |
| | | | | |

Commentaire :

6.7. Addictions

| | Intensité | Fréquence (nombre de fois par jour, semaine ou mois) | Contexte le + fréquent |
|--------------------------|-----------|---|------------------------|
| Alcool | | | |
| Drogue | | | |
| Alimentation | | | |
| Potomanie | | | |
| Jeux, GSM et ordinateurs | | | |
| | | | |

Commentaire :

6.8. Sécurité

| | Oui | Non |
|------------------------------------|-----|-----|
| Peut être laissé sans surveillance | | |
| Surveillance occasionnelle | | |
| Surveillance constante | | |
| A conscience du danger | | |
| Met les autres en danger | | |
| Se met en danger | | |
| | | |

Commentaire :

6.9. Adaptabilité

| | Oui | Non |
|-------------------------------------|-----|-----|
| S'intègre facilement dans un groupe | | |
| Respecte les règles et les limites | | |
| S'adapte facilement aux changements | | |
| | | |

Commentaire :

J'autorise l'enregistrement et le traitement des données personnelles me concernant ou concernant la personne que je représente légalement, dans le cadre défini par le Service PHARE aux seules fins de reconnaissance du statut de personne en situation de grande dépendance.

(Conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection des données personnelles)

Je dispose du droit de consulter les informations qui me concernent et, si nécessaire, de les faire rectifier en contactant le service responsable du traitement (Service PHARE - rue des Palais, 42 - 1030 Bruxelles).

J'autorise le Service PHARE à communiquer, lorsque les circonstances l'exigent, les données du FORMULAIRE 9 aux équipes pluridisciplinaires des services prestataires compétents.

Je demande que la personne ou le service indiqué ci-dessous reçoive une copie de la réponse qui sera envoyée par le Service PHARE :

.....
.....
.....

Relisez les informations des pages 5 et 6 pour vérifier par qui votre demande doit être signée pour être valable.

N'oubliez pas de joindre, le cas échéant, le mandat ou la décision de justice.

Signature de la personne

Signature du Représentant légal, du Juge de la Jeunesse, de l'Administrateur ou du Mandataire

lu et approuvé

lu et approuvé

Date :

Date :