

Reconnaissance en tant qu'aidant proche

Déclaration sur l'honneur¹

1. Données du demandeur

Données générales

Nom:

Prénom:

Numéro de Registre national² :

Données de contact

Rue: N°..... Bte.....

Code postal: Localité:

Pays:

Email :

2. Données de la personne aidée

Données générales (ou collez une vignette de mutuelle)

Nom:

Prénom:

Date de naissance (jour/mois/année) :

Numéro de Registre national²:

Organisme assureur (mutuelle) :.....

Numéro d'inscription dans cet organisme assureur :.....

Données de contact

Rue: N°..... Bte.....

Code postal: Localité:

Pays:

Email :

¹ Faites parvenir ce document et ses annexes **par poste** à la **CAAMI Service Assurabilité – Rue du Trône 30A, 1000 Bruxelles.**

² Si vous ne possédez pas de numéro national, indiquez le numéro d'identification de personne physique non inscrite au Registre national.

Questionnaire

3- Type de reconnaissance

Vous demandez :

- a) une reconnaissance générale³ en tant qu'aidant proche Oui / Non
- b) une reconnaissance pour l'octroi de droits sociaux⁴ Oui / Non

4- Résidences des parties

- a) Avez-vous une résidence permanente en Belgique ? Oui / Non
- b) La personne aidée réside-t-elle effectivement de manière permanente en Belgique ? Oui / Non

5- Votre inscription au registre

Vous êtes inscrit⁵ :

- au Registre national
- au Registre des Étrangers
- dans aucun des deux registres

6- L'aide proposée

- a) Apportez-vous le soutien et l'aide à des fins non professionnelles et gratuitement ? Oui / Non
- b) L'aide et le soutien sont-ils prodigués avec le concours d'au moins un professionnel ? Oui / Non
- c) Tenez-vous compte du projet de vie de la personne aidée ? Oui / Non

7- Relation

Avez-vous développé une relation de confiance ou de proximité, affective ou géographique avec la personne aidée ?

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

8- Vulnérabilité

Uniquement si vous avez répondu « Oui » à la question 3 a. Veuillez répondre à la question ci-dessous (si non, passez directement à la question 9).

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

³ Reconnaissance simple, symbolique.

⁴ Reconnaissance pouvant notamment donner droit à une indemnisation financière.

⁵ Cochez la case correspondante.

9- Ampleur de l'aide

Uniquement si vous avez répondu « Oui » à la question 3 b. Veuillez répondre aux questions 9 à 11 ci-dessous.

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 de soutien par an ?

Oui / Non

10- Besoin de soins

La personne aidée dispose-t-elle d'une attestation au moyen d'une échelle de besoins de soins ?⁵

- Avec au moins 35 points sur l'échelle de profil BEL
- Avec au moins 13 points au BelRAI screener ou minimum 6 points pour la somme des modules AIVQ et AVQ du BelRAI screener
- Avec au moins 15 sur l'échelle médico-sociale AVQ/CPS
- Forfaits B ou C sur l'échelle de KATZ
- Ou remplit-elle au moins 1 des conditions médicales pour avoir droit à l'intervention (forfaitaire) pour les malades chronique ?

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

11- Déclarations de la personne aidée

La personne aidée déclare-t-elle se trouver dans une des situation 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 mutuelle. L'examen par le médecin-conseil de la mutuelle 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
- Je bénéficie d'un **avantage octroyé au niveau communautaire ou régional** sur la base de:
 - o 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
 - o soit un minimum de 13 au BelRAI screener ou minimum 6 points pour la somme des modules AIVQ et AVQ du BelRAI screener
 - o 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
 - o 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:
 - o au moins 12 points
 - o 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:
 - o au moins 12 points
 - o ou au moins 6 points sur 18 dans le troisième pilier qui mesure le 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

Vie privée

Les organismes assureurs collectent et traitent les données à caractère personnel. Nous le faisons pour pouvoir exécuter notre tâche, pour gérer votre dossier et pour vous informer de nos services et activités. 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 responsable de la protection de la vie privée à notre adresse postale ou à dpo@caami-hziv.fgov.be.

Dans le cadre du traitement de données relatif à la présente déclaration sur l'honneur, l'exercice des droits des personnes concernées repris ci-dessus s'applique tant à l'aidant proche qu'à la personne aidée.

Déclaration du demandeur

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

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 mutuelle.

Date: / /20

Signature de l'aidant:

Je donne mon accord⁶ pour que la mutuelle de mon aidant prenne, le cas échéant, contact avec ma mutuelle pour que celle-ci effectue les démarches utiles et nécessaires afin d'établir mon état de santé et de dépendance requise dans le cadre de cette déclaration sur l'honneur.

Signature de la personne aidée ou de son représentant légal:

⁶ La personne aidée **doit** donner son accord en cochant la case.