Version décembre 2024

FORMULAIRE 7
Demande d'intervention pour
CJES (Centre de Jour pour Enfant Scolarisé)
CAJ (Centre d'Activités de Jour = centre de jour enfant/adulte)
LCA (Logement Collectif Adapté = centre d'hébergement enfant/adulte)

➔ **Les volets A et B peuvent être complétés si vous cherchez une place en centre.**
➔ **Les volets A, (B) et C doivent être complétés si vous avez trouvé une place dans un centre agréé par le Service PHARE.**

Ce formulaire est composé de 2 parties :

PARTIE 1 - Note explicative (à garder pour vous) …… pages 1 à 6

PARTIE 2 – Formulaire de demande (à envoyer au Service PHARE) …… pages 8 à 28

Volet A : Demande d'accueil en centre (à remplir par vous)

Volet B : Données psycho-médico-sociales (à remplir par un service extérieur)

Volet C : Demande d'intervention du centre (à remplir par le centre qui vous accueille)

° ° °

Partie 1 - Note explicative (à garder pour vous)

Le Service PHARE a pour mission de :

- **donner une information générale** sur les centres qu'il agrée pour l'accueil des personnes en situation de handicap ;
- **décider de quelle intervention** vous pourrez bénéficier.

Vous trouverez **la liste des centres Bruxellois agréés par le Service PHARE et par la COCOM sur le site internet de handicap.brussels** :
https://handicap.brussels/fr/themes/le-logement/habiter-dans-un-logement-collectif/les-centres-dhebergement/la-liste-des-centres-dhebergement
https://handicap.brussels/fr/themes/laccueil-de-jour

Vous pouvez aussi chercher une place dans un centre **agréé et subventionné par l'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ).** Les coordonnées de cette administration se trouvent en page 6 :
https://www.aviq.be/fr/hebergement/handicap
https://www.aviq.be/fr/vie-quotidienne/accueil-et-activite-de-jour/centres-de-jour

Le Service PHARE peut aussi vous envoyer la liste des centres.

Le Service PHARE n'a pas pour mission de vous aider à chercher une place dans un centre.

D'autres services pourront vous aider, par exemple : le service social ou le CPAS de votre commune, le service social de votre mutuelle, votre école, un service d'accompagnement pour personnes en situation de handicap…. Vous trouverez la liste des services d'accompagnement agréés par le Service PHARE sur le site internet de handicap.brussels : https://handicap.brussels/fr/themes/les-aides-a-lautonomie/les-services-daccompagnement/les-services-daccompagnement

Modalités d'intervention

➔ Si vous cherchez une place dans un centre agréé par le Service PHARE ou par la COCOM à Bruxelles, ou agréé par l'AVIQ en région wallonne, vous pouvez compléter les volets A et B de ce FORMULAIRE 7.

Sur cette base, le Service PHARE prendra une décision de principe que vous pourrez transmettre aux centres dans lesquels vous postulez. Cette décision de principe reprend les informations relatives à votre handicap afin de permettre au centre de se rendre compte si votre handicap correspond au public qu'il accueille.

➔ Si vous avez trouvé une place en centre, vous devez compléter les volets A, B et signer le volet C qui sera complété par le centre. Sur base de ces formulaires, nous enverrons une décision d'intervention au centre, cela lui permet de savoir qu'il sera financé pour votre accueil. Vous serez informé de cette décision. Le centre qui souhaite vous accueillir pourra vous aider à remplir les différentes parties de ce formulaire.

➔ Si vous avez trouvé une place en centre et que vous avez déjà reçu antérieurement une décision de principe du Service PHARE valable pour un accueil en centre correspondant à votre catégorie : enfant ou adulte, vous devez seulement remplir le volet A et signer le volet C qui sera complété par le centre.

IMPORTANT :

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

Pour cela, vous devez :

- compléter le FORMULAIRE 1 (demande d'admission),
- faire compléter par un médecin de votre choix le VOLET B. Ce document remplacera le FORMULAIRE 2 qui est généralement demandé dans le cadre de l'admission.
- et envoyer ces deux formulaires au Service PHARE.

ATTENTION :

- Vous devez introduire votre demande d'admission au Service PHARE (inscription) **AVANT votre entrée en centre ou au plus tard le jour de votre entrée en centre.**

Si vous êtes <u>domicilié en région Flamande ou en Région Wallonne</u> et que vous cherchez un centre à Bruxelles, vous pouvez également remplir les volets A et B (et C si vous avez trouvé un centre agréé par le Service PHARE à Bruxelles). Vous ne devez pas introduire une demande d'admission (inscription).

<u>ETAPE 1</u> : Volet A - Demande d'accueil en centre

Vous complétez et signez le volet A du FORMULAIRE 7 : il reprend vos données personnelles et précise votre demande. Si vous avez trouvé un centre qui vous accueille, donnez cette partie au centre qui nous la transmettra avec les autres parties.

<u>ETAPE 2</u> : Volet B - Données psycho-médico-sociales

Vous faites compléter et signer le volet B du FORMULAIRE 7 par un service extérieur :

- Par exemple, un centre de guidance, un centre de santé mentale, un centre psycho-médico-social (PMS) ou un centre hospitalier de votre choix. Il peut aussi être complété par un service qui vous a accueilli précédemment, mais **JAMAIS par le centre qui vous accueille.**
- **Il peut être remplacé par tout autre rapport reprenant les mêmes informations.**
- Ce volet B (ou rapport) doit être signé par au moins une personne parmi les professions suivantes : médecin, psychologue, assistant social, kiné, ergothérapeute, psychomotricien, logopède, éducateur spécialisé.
- Si vous avez reçu une décision vous autorisant à être accueilli dans un centre en tant qu'enfant et que vous êtes maintenant <u>adulte</u>, vous devez faire compléter ce volet B.

Afin d'éviter des démarches inutiles auprès d'un service extérieur, nous vous conseillons de prendre contact avec le Service PHARE pour savoir :

- Si vous avez déjà reçu une décision favorable du Service PHARE pour un accueil en centre et si elle est toujours valable ;
- Si le Service PHARE a déjà reçu des données psycho-médico-sociales (le volet B du FORMULAIRE 7 ou un rapport psycho-médico-social équivalent) et s'ils sont toujours valables.

Dans ces deux cas, vous ne devez pas compléter le volet B, mais il faut toujours envoyer les volets A et C.

➔ Si vous n'avez pas encore trouvé de centre, ce volet B doit être envoyé au Service PHARE.

➔ Si vous avez trouvé un centre, il doit être envoyé Centre d'activités de jour (= centre de jour) ou au Logement collectif adapté (= centre d'hébergement) qui vous accueille , de telle manière que celui-ci en prenne connaissance, puis l'envoie au Service PHARE <u>au plus tard</u> dans les 3 mois qui suivent la date de votre entrée dans ce centre.

Il est préférable d'envoyer ce volet B en même temps que votre demande d'admission (inscription).

ETAPE 3 : Volet C - Demande d'intervention du centre

Le centre qui vous accueille doit compléter le volet C du FORMULAIRE 7.
Vous devez aussi signer ce volet C.

Le centre doit l'envoyer avec le volet A au Service PHARE dans les 5 jours ouvrables à partir du jour de votre entrée.
Si le volet B est aussi disponible, le mieux est d'envoyer tous les volets ensemble au Service PHARE.

Si vous êtes accueilli à la fois en Centre d'activités de jour et en Logement collectif adapté, chacun de ces centres devra compléter un volet C distinct et vous devrez signer les deux documents.

Le centre envoie votre demande d'intervention au Service PHARE :

- Soit via l'adresse électronique suivante : centre.phare@spfb.brussels
- Soit par courrier envoyé à l'adresse suivante :

  Service PHARE - Service des Prestations individuelles - Rue des Palais 42 - 1030 Bruxelles
- Soit en la déposant à la même adresse.

INFORMATION PART CONTRIBUTIVE

Lors de toute entrée en centre, la majorité des frais sont financés par la COCOF qui finance les bâtiments, le salaire du personnel, les activités proposées, les repas, etc…

Une participation financière vous sera réclamée par le centre. Cela s'appelle la part contributive. Pour les enfants, elle revient généralement à 2/3 des allocations familiales et pour les adultes, c'est généralement l'allocation de remplacement de revenu et d'intégration qui sert à la payer. Voici le tableau des tarifs mensuels pour vous donner une idée de ce qui vous sera demandé par le centre en fonction de votre situation.

Tarifs mensuels 2024 des participations financières des bénéficiaires dans les agréés par le Service PHARE :

Centre d'activités de jour (= centre de jour) *Si une personne fréquente un Logement collectif adapté en plus du centre d'activité de jour, elle ne doit pas payer le centre d'activité de jour*	Personne en situation de handicap de – 21 ans	136,86€
	Personne en situation de handicap de 21 ans et +, sans transport	267,21 €
	Personne en situation de handicap de 21 ans et +, avec transport dans la Région Bruxelloise	335,64 €
	Personne en situation de handicap de 21 ans et +, avec transport hors Région Bruxelloise	364,97 €
Centre de jour pour enfants scolarisés (= CJES)		130,35 €

Logement collectif adapté pour adulte (= centre d'hébergement)	Argent de poche laissé à la personne si la personne ne travaille pas : 237,88 €	1.303,45 €
	Argent de poche laissé à la personne si la personne travaille : 311,20 €	
Logement collectif adapté pour enfant (= centre d'hébergement)	Les 2/3 des allocations familiales (majorées ou non) sont versées au Logement collectif adapté.	
Court séjour ou répit	Personne en situation de handicap de 21 ans et plus	8,15 € par demi-jour 24,44 € par nuit
	Personne en situation de handicap de moins de 21 ans	6,52 € par demi-jour 19,55 € par nuit
Suivi par un service d'accompagnement	la contribution financière mensuelle est comprise entre 1,70 et 17,00 € en fonction des critères établis par le service et tient compte des ressources de l'intéressé	

Vous avez besoin d'aide ou d'informations

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

Pour poser des questions générales par téléphone, fax ou courriel – contactez l'Espace Accueil du Service PHARE :

Téléphone : 02 800 82 03 – lundi – mardi - jeudi et vendredi de 9 H à 12 H – fermé le mercredi.

Fax : 02 800 81 20

Mail : info.phare@spfb.brussels

Nous pouvons vous recevoir uniquement sur rendez-vous, pour fixer un rendez-vous veuillez contacter l'Espace Accueil du Service PHARE.

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 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel (MB 05/09/2018).

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**
- **sur le site internet de handicap.brussels : https://www.handicap.brussels/fr**

Les autres administrations compétentes pour l'accueil des personnes en situation de handicap :

Commission Communautaire Commune (COCOM) - IRISCARE

Rue Belliard, 71, boîte 2 – 1040 Bruxelles

Tél : 02 435 64 00 tous les jours ouvrables de 8h30 à 16h30.

Site web : https://www.ccc-ggc.brussels/fr

Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ) – anciennement Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées (AWIPH)

Rue de la Rivelaine, 21 - 6061 Charleroi

Tél : 0800 16 061 (gratuit)

Courriel : numerogratuit@aviq.be

Site web : www.aviq.be

° ° °

Version octobre 2024

FORMULAIRE 7
Demande d'intervention pour
CJES (Centre de Jour pour Enfant Scolarisé)
CAJ (Centre d'Activités de Jour = centre de jour enfant/adulte)
LCA (Logement Collectif Adapté = centre d'hébergement enfant/adulte)

PARTIE 2 – Volet A – Demande d'accueil en centre

Cette partie concerne l'accueil dans un centre que la personne soit domiciliée en Région bruxelloise, en Région wallonne ou en Région flamande.

➔ Si vous cherchez un centre, ce volet A doit être complété et signé par la personne, puis envoyé au Service PHARE.

➔ Si vous avez trouvé un centre, ce volet A doit être complété et signé par la personne, puis donné au centre qui vous accueille. Le centre l'envoie au Service PHARE en même temps que le volet C. Ce volet A doit être fourni seulement lors de l'entrée.

1. COORDONNEES DE LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

Nom : ..... Prénoms : .....

Date de naissance : ..... /...../ ..... ☐ Homme ☐ Femme ☐ Autre

Ou coller une vignette mutuelle

N° national : ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐

Domicile : ..... N° : .....

Code postal : ..... Commune : .....

☎ ..... GSM .....

Courriel : .....

N° de dossier au Service PHARE : ..... AVIQ : ..... VAPH : .....

2. VOTRE DEMANDE

A. <u>Si vous avez trouvé une place dans un centre agréé par le Service PHARE</u>, indiquez ci-dessous le nom du centre agréé par le Service PHARE dans lequel vous allez entrer.
Vous ne devez pas compléter le point B.

.....

.....

B. <u>Si vous cherchez une place dans un centre</u>, remplissez le <u>tableau 1 si vous êtes mineur</u> ou <u>le tableau 2 si vous avez plus de 18 ans</u> ou si vous avez plus de 16 ans et cherchez une solution pour après vos 18 ans.

Tableau 1. Je suis une personne mineure	
Nom de l'école et des services que je fréquente actuellement :	☐ Nom de l'école : …… Type d'enseignement (cochez) : ☐ Type1 ☐ Type 2 ☐ Type 3☐ Type 4 ☐ Type 5 ☐ Type 6 ☐ Type 7 ☐ Type 8 Forme d'enseignement : ☐ Forme 1 ☐ Forme 2 ☐ Forme 3 ☐ Forme 4 ☐ Date à laquelle je dois quitter l'école: …… (indiquez le mois et l'année)
	☐ Type de service et nom: …… …… ☐ Date à laquelle je dois quitter le service : …… (indiquez le mois et l'année)
	☐ Type de service et nom: …… …… ☐ Date à laquelle je dois quitter le service : …… (indiquez le mois et l'année)
☐ J'ai une solution en journée mais je cherche un LCA (Centre d'Hébergement)	☐ A Bruxelles uniquement
	☐ Cela peut être en dehors de Bruxelles également
☐ Je suis à domicile sans solution	☐ Je cherche une crèche spécialisée
	☐ Je cherche une école spécialisée (avec ou sans CJES)
	☐ Je cherche un Centre d'activités de jour pour enfant non scolarisé
	☐ Je cherche une solution d'accueil de jour et de nuit (LCA) à Bruxelles uniquement
	☐ Je cherche une solution d'accueil de jour et de nuit (LCA) et cela peut être en dehors de Bruxelles également
☐ Je suis accueilli dans une structure : un centre de jour, une école, un hôpital qui présente pour moi l'un des inconvénients suivants – précisez :	☐ Il ne correspond pas au profil de mon handicap ou de mon âge Commentaires : …… ……

	☐ Je risque une exclusion de mon lieu d'accueil dans les …… prochaines semaines ou mois (à compléter) - Commentaires : …… ……
	☐ le taux de fréquentation (temps plein/partiel) ne correspond pas à mes besoins. fréquentation actuelle: …… fréquentation souhaitée : ……
	☐ 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
☐ Services qui m'accompagnent dans mes recherches	☐ Je fais ces recherches seul
	☐ J'aurais besoin d'un service qui m'accompagne pour effectuer ces recherches
	☐ J'ai déjà un service qui m'accompagne pour effectuer ces recherches : nom du service + adresse : ……
☐ Autre	……

Tableau 2. Je suis une personne de plus de 18 ans ou de plus de 16 ans cherchant une solution pour après mes 18 ans	
☐ Je cherche un CAJ pour adulte	☐ Tous les jours de la semaine
	☐ Quelques jours par semaine - combien ? …… jour/semaine
	☐ A Bruxelles uniquement
	☐ Cela peut être en dehors de Bruxelles également
☐ Je cherche un LCA pour adulte	☐ A Bruxelles uniquement
	☐ Cela peut être en dehors de Bruxelles également
☐ Je suis accueilli dans un service non agréé-maison communautaire car je n'ai pas trouvé de solution dans le secteur du handicap	Nom de la structure : ……
☐ Je suis hospitalisé dans un hôpital général ou psychiatrique car je n'ai pas trouvé de solution dans le secteur du handicap	Nom de la structure : ……

☐ **Je suis hébergé en maison de repos ou de soins car je n'ai pas trouvé de solution dans le secteur du handicap**	Nom de la structure : ……
☐ **La prise en charge dont je bénéficie actuellement risque de se terminer dans les …… prochains mois (à compléter)**	Nom de la structure : …… Raison de la fin de la prise en charge : ……
☐ **La prise en charge dont je bénéficie actuellement me convient mais ne peut m'accueillir à temps plein alors que c'est ce que je souhaite**	Nom de la structure : …… Temps de prise en charge actuel : ……
☐ **La prise en charge dont je bénéficie actuellement me convient, mais la localisation géographique représente pour moi un obstacle au maintien des relations avec mon entourage et mes proches.**	Nom de la structure : …… Adresse de la structure : …… ……
☐ **Services qui m'accompagnent dans mes recherches**	☐ Je fais ces recherches seul
	☐ J'aurais besoin d'un service qui m'accompagne pour effectuer ces recherches.
	☐ J'ai déjà un service qui m'accompagne pour effectuer ces recherches - nom du service : …… Adresse de la structure : …… ……
☐ **Mes recherches antérieures**	Je cherche des solutions sans en trouver depuis combien de mois-années: …… Commentaires : …… ……
☐ **Autre**	…… ……

3. SITUATION FAMILIALE - à compléter seulement si vous cherchez un centre :

Composition de la famille :

.....

.....

Situation professionnelle des parents ou des proches :

.....

.....

Age des parents ou des proches :

.....

Quelles sont mes possibilités de transport : (voiture, bus, train, taxibus stib , …..) – à préciser :

.....

.....

Degré d'urgence de la recherche de solution :

.....

.....

4. QUELS SERVICES ONT DEJA ÉTÉ SOLLICITES ? - à compléter seulement si vous cherchez un centre :

Préciser le nom des services auprès desquels vous avez déjà introduit une demande

☐ Centre d'activités de jour (= centre de jour)/CJES/ écoles :
.....
.....

☐ Logement collectif adapté (= centre d'hébergement):
.....
.....

☐ Répit :
.....
.....

☐ Loisirs :
.....
.....

☐ Service d'accompagnement :
.....
.....

☐ Autre :
.....
.....

5. 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 : .....

6. Je demande que la personne ou le service indiqué ci-dessous reçoive une copie de la décision qui sera prise par le Service PHARE

Vous souhaitez que ces informations soient transmises – veuillez cocher :

☐ par courrier ☐ par voie électronique

Nom : ..... Prénom : .....

Nom du service : ..... Fonction : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

☎ ..... GSM .....

Mail : ..... @.....

Informations relatives à la protection de la vie privée

J'autorise l'enregistrement et le traitement des données personnelles me concernant ou concernant la personne que je représente légalement, dans le cadre strict défini par le Service PHARE aux seules fins d'intervention relative à l'accueil en centre.
Conformément à la 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel (MB 5/09/2018).

Je dispose du droit de consulter les informations qui me concernent et, si nécessaire, de les faire rectifier en contactant le 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 7 aux services prestataires compétents.

7. Signature(s) - cochez ce qui correspond à votre situation :

Veuillez cocher la case correspondant à votre situation :

➢ **Vous êtes majeur(e) :**

SITUATION	QUI SIGNE ? – signature en fin du formulaire
☐ 1. Vous ne faites pas l'objet d'une mesure de protection.	Votre signature.
☐ 2. Vous bénéficiez d'une mesure de protection (décision d'un juge de paix) visant uniquement la gestion des biens de la personne.	Votre signature **et** celle de l'administrateur ou du mandataire.
☐ 3. Vous bénéficiez d'une mesure de protection (décision d'un juge de paix) visant la gestion des biens **et** les droits individuels de la personne.	Signature de votre administrateur.
☐ 4 . Vous bénéficiez d'une dispense de signature définitive ou temporaire.	Fournir une copie recto-verso de la carte d'identité ou de l'attestation médicale.

➢ **Vous êtes mineur(e) :**

SITUATION	QUI SIGNE ? – signature en fin du formulaire
☐ 5. Votre représentant légal est votre père, votre mère ou votre tuteur.	Votre représentant légal.
☐ 6. Vous êtes sous la protection d'une décision d'un Juge de la jeunesse.	Votre représentant légal **et/ou** le juge de la jeunesse.

Pour les situations 2 - 3 - 6 : n'oubliez pas de joindre le mandat ou la décision de justice.

Veuillez signer en fonction de ce qui a été coché précédemment et remplir les coordonnées du représentant légal en page 14 :

Signature de la personne.

Signature du représentant légal (père, mère, tuteur), du mandataire, de l'administrateur ou du juge de la jeunesse.

Date : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Date : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Précisez les coordonnées du représentant légal, 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.

Version octobre 2024

FORMULAIRE 7
Demande d'intervention pour
CJES (Centre de Jour pour Enfant Scolarisé)
CAJ (Centre d'Activités de Jour = centre de jour enfant/adulte)
LCA (Logement Collectif Adapté = centre d'hébergement enfant/adulte)

PARTIE 2 – Volet B – Données psycho-médico-sociales (version août 2024)

Ce document peut être remplacé par tout autre rapport reprenant les mêmes informations.
Il peut également remplacer le volet médical (formulaire 2) demandé pour une admission au Phare mais il doit alors être signé par un médecin.

Ce volet B doit être complété si :

- Vous êtes domicilié à Bruxelles, en Région wallonne ou en Région flamande et
  - vous cherchez un centre à Bruxelles
  - vous avez trouvé une place dans un centre agréé par le Service PHARE : dans ce cas le document doit être complété par un service extérieur au centre qui vous accueille.
- Vous êtes domicilié à Bruxelles et vous cherchez un centre situé en Région wallonne.

Dans tous les cas, vous ne devez pas le compléter si vous avez reçu antérieurement une décision de principe du Service PHARE valable pour le type d'accueil que vous recherchez.

1. COORDONNEES DE LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

Nom : ..... Prénoms :.....

Date de naissance : ..... /...../ ..... ☐ Homme ☐ Femme ☐ Autre

N° national : ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐

Ou coller une vignette mutuelle

N° de dossier au Service PHARE : ..... AVIQ (ex-AWIPH) : ..... VAPH : .....

2. DESCRIPTION DU OU DES HANDICAPS DE LA PERSONNE

Pathologie(s):.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Handicap principal(1)	Handicap(s) associé(s)(2)	Code	Libellé
		010	Troubles moteurs
		020	Paralysie cérébrale - IMC
		030	Troubles respiratoires
		040	Malformations cardiaques
		060	Poliomyélite
		071	Aveugles/troubles graves de la vue
		072	Sourds/malentendants/troubles graves de la parole/troubles graves de l'ouïe
		080	Sclérose en plaques
		090	Spina-bifida ou myopathie ou neuropathie
		100	Epilepsie non stabilisée
		111	Déficience mentale légère
		112	Déficience mentale modérée
		113	Déficience mentale sévère
		114	Déficience mentale profonde
		120	Malformations du squelette ou des membres
		140	Troubles caractériels, présentant un état névrotique ou prépsychotique et nécessitant une éducation appropriée
		150	Affection chronique non contagieuse
		160	Autisme
		170	Lésion cérébrale congénitale ou acquise

(1) Cochez une case

(2) Vous pouvez cocher plusieurs cases

3. ALIMENTATION

	Oui	Avec aide	Non
Possibilité de manger seul			
Possibilité de boire seul			
Doit-on épaissir les liquides ?			
Doit-on couper ou moudre 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 : .....
.....

4. 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 : ……
……

5. COMMUNICATION

5.1. 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 : ……
……

5.2. 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 : .....
.....

6. 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, ...) - précisez :			

Commentaire : .....
.....

7. 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 : .....
.....

8. COMPORTEMENT

8.1. 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 : .....
.....

8.2. 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 : .....
.....

8.3. 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 : .....
.....

8.4. 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 : .....
.....

8.5. Stéréotypies :

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

Commentaire : .....
.....

8.6. 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 : .....
.....

8.7. Addictions :

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

Commentaire : .....
.....

8.8. 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 : .....
.....

8.9. Adaptabilité :

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

Commentaire : .....
.....

9. TYPE(S) DE CENTRE(S) CONSEILLE(S) – cochez :

☐ Centre d'activités de jour pour enfants non scolarisés (CAJ-ENS) [= centre de jour]	☐ Centre d'activités de jour pour adultes (CAJ-A) [= centre de jour]
☐ Centre de jour pour enfant scolarisé (CJES)	☐ Logement collectif adapté pour adultes (LCA-A) [= centre d'hébergement]
☐ Logement collectif adapté pour enfants (LCA-E) [= centre d'hébergement]	☐ autres ? : ....

10. SYNTHESE DES OBSERVATIONS

10.1. Situation de la personne

Décrivez les difficultés que la personne rencontre, c'est-à-dire les conséquences de ses incapacités et déficiences dans sa vie courante :

……

……

……

……

……

10.2. Besoins à rencontrer

Quels besoins devront être satisfaits par le centre qui accueille ou héberge ?
Vous pouvez aussi indiquer ici d'autres besoins que vous auriez et qui devraient être rencontrés en dehors de la prise en charge du centre.

……

……

……

……

……

10.3. Identifiez les points d'attention particuliers par rapport à cette situation (prise en charge, projets individuels, situation familiale, …) ?

……

……

……

……

Francophones Bruxelles — Personne Handicapée Autonomie REcherchée — Phare

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 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel (MB 05/09/2018).

Les signataires autorisent le Service PHARE à communiquer, lorsque les circonstances l'exigent, les données du présent formulaire aux équipes pluridisciplinaires des services prestataires compétents moyennant le consentement préalable de la personne.

11. DATE ET SIGNATURES

Ce volet B doit être signé par au moins une personne parmi les professions suivantes : médecin, psychologue, assistant social, kiné, ergothérapeute, psychomotricien, logopède, éducateur spécialisé.

Médecin,	**Psychologue,**	**AUTRE : Fonction**
		……………………………….
Date :	**Date :**	**Date :**

Veuillez indiquer vos coordonnées :

Nom : ………………………………………………	Nom : ………………………………………………	Nom : ………………………………………………
Service : ………………………………………………	Service : ………………………………………………	Service : ………………………………………………
Adresse : ………………………………………………	Adresse : ………………………………………………	Adresse : ………………………………………………
………………………………………………………	………………………………………………………	………………………………………………………
Tél : ………………………………………………	Tél : ………………………………………………	Tél : ………………………………………………
Courriel : …………………………………… Tél/Fax : …………………………………… Tél/Fax : ……………………………………	Courriel : ………………………………………………	Courriel : ………………………………………………

Si vous n'avez pas encore trouvé de centre, ce volet B doit être envoyé au Service PHARE.
Si vous avez trouvé un centre, il doit être envoyé au centre qui l'enverra au Service PHARE.

Version octobre 2024

FORMULAIRE 7
Demande d'intervention pour
CJES (Centre de Jour pour Enfant Scolarisé)
CAJ (Centre d'Activités de Jour = centre de jour enfant/adulte)
LCA (Logement Collectif Adapté = centre d'hébergement enfant/adulte)

PARTIE 2 - Volet C - Demande d'intervention du centre

Ce volet C doit être complété uniquement par les centres agréés par le Service PHARE pour l'accueil ou l'hébergement d'une personne en situation de handicap, domiciliée en Région bruxelloise, en Région wallonne ou en Région flamande. La personne doit aussi signer ce volet C mais uniquement lors de son entrée. Si elle est accueillie à la fois en CJES, CAJ et en LCA, il faut compléter 2 volets C distincts.

Il doit être envoyé par le centre au Service PHARE au plus tard dans les 5 jours ouvrables à partir de l'entrée de la personne, du changement de son mode de prise en charge, de régime horaire ou de la fin de validité d'une décision (répit, court séjour, dérogation). Lorsque la demande est introduite au-delà du délai de 5 jours, la décision d'intervention prend cours le jour de la réception du volet C.
Il doit être accompagné du volet A seulement lors de l'entrée de la personne.

1. NOM DU CENTRE AGREE PAR LE SERVICE PHARE

……

☐ CJES ☐ CAJ-ENS (enfant non scolarisé) ☐ LCA-E (enfant) ☐ CAJ-A (adulte) ☐ LCA-A (adulte)

Gestionnaire du dossier : ……

Fonction : ……

☎ ..... GSM ..... Courriel : .....

2. PERSONNE ACCUEILLIE

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../ ..... ☐ Homme ☐ Femme

N° national : ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐☐☐☐

N° de dossier au Service PHARE : ..... AVIQ (ex-AWIPH) : ..... VAPH : .....

Domicile : ..... N° : .....

Code postal : ..... Commune : .....

☎ ..... GSM ..... Courriel : .....

3. OBJET DE LA DEMANDE D'INTERVENTION

☐ **ENTREE DANS LE CENTRE - DATE** : ……

OU

☐ **CHANGEMENT DE MODE DE PRISE EN CHARGE OU DE REGIME HORAIRE - DATE** : ……..

PRECISEZ CI-DESSOUS LE MODE DE PRISE EN CHARGE + LE REGIME HORAIRE

☐**Logement collectif adapté (LCA)**	☐**Centre d'activités de Jour : CAJ-ENS(non scolarisés) ou CAJ-A**	☐**Centre de Jour pour Enfants Scolarisés (CJES)**
☐ capacité agréée de base **précisez le pourcentage :** **…… % (1 nuit = 20 %)** ☐ capacité maximale **précisez le pourcentage :** **…… % (1 nuit = 20 %)** ☐ « crise » ☐ « court séjour »	☐ capacité agréée de base **précisez le pourcentage :** **…… % (½ j = 10 %)** ☐ capacité maximale **précisez le pourcentage :** **…… % (½ j = 10 %)** ☐ « répit »	☐ capacité agréée de base **précisez le pourcentage :** **…… % (½ j = 10 %)** ☐ capacité maximale **précisez le pourcentage :** **…… % (½ j = 10 %)**

4. ACTIVITES EN JOURNEE POUR LES ENFANTS ET ADULTES FREQUENTANT UN LOGEMENT COLLECTIF ADAPTE (LCA) :

4.1. Précisez le nom du centre ou service fréquenté par le bénéficiaire en journée : école, CAJ, centre de réadaptation fonctionnel, travail, bénévolat,……..

Nom du centre/service:
……

Date de début : …… Date de fin (si elle est connue) : ……..

Pourcentage de fréquentation de ce centre/service : …… % (½ j = 10 %)

En fonction des situations, cette information permettra au service Phare d'octroyer une NIS (Norme individuelle supplémentaire en logement collectif adapté).

En cas de prolongation, de changement ou d'arrêt de prise en charge en charge en journée, vous devez en informer le Service PHARE (par courrier ou par courriel).

4.2. Pour les adultes, précisez le temps de présence en journée au LCA

Pourcentage de fréquentation de ce centre/service : …… % (½ j = 10 %)

5. NIVL (Norme individuelle de vieillissement en Logement collectif adapté pour adultes)[1]

☐ **1ère demande de norme individuelle de vieillissement à partir du : ……**

Le taux de fréquentation en LCA-A en journée sera de : …… % **(½ j = 10 %)**

☐ **modification du pourcentage de norme individuelle de vieillissement à partir du : ……**

Le taux de fréquentation en LCA-A en journée sera de : …… % **(½ j = 10 %)**

6. DEROGATION D'AGE

☐ Demande de dérogation : la personne atteint l'âge de ….. ans, le ….. /…… / 202....

☐ Prolongation de la dérogation

La demande de maintien au-delà de l'agrément du centre est motivée par : **(cochez 1 seule case)**

☐ soit en raison de la nécessité de terminer un cycle scolaire

☐ soit en raison de l'impossibilité de trouver une place dans un autre centre

Justifiez votre demande : (ou sur document séparé)

……

……

7. SUBVENTION EXCEPTIONNELLE D'ENCADREMENT RENFORCE (SEER)

EN CAJ ☐ OUI ☐ NON **EN LCA** ☐ OUI ☐ NON

Cochez OUI Si une demande de subvention exceptionnelle d'encadrement renforcé pour une nouvelle entrée en LCA ou en CAJ d'un jeune ou d'un adulte en situation d'encadrement complexe et intensif a été demandée (à l'équipe pluridisciplinaire du service Phare) préalablement à l'entrée.

8. INFORMATION SITUATION PARTICULIERE

Si vous souhaitez nous informer d'une situation particulière relative à l'accueil du bénéficiaire au sein de votre centre indiquez le ici :

……

……

[1] Si la personne a moins de 58 ans, il est indispensable de joindre un certificat médical attestant d'un vieillissement précoce. Simultanément à la demande du Logement collectif adapté, le Centre d'activités de jour doit aussi envoyer un nouveau volet C pour demander le changement de régime horaire (réduction horaire ou sortie) prenant cours à la même date.

……

……

……

……

……

……

Le centre atteste que la présente demande d'intervention ne dépasse pas les capacités reprises dans son arrêté d'agrément.

Par sa signature ou celle de son représentant légal, la personne atteste être accueillie dans le centre (signature nécessaire seulement lors de l'entrée).

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 30 juillet 2018 relative relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel (MB 5/09/2018).
Vous disposez du droit de consulter les informations qui vous concernent et, si nécessaire, de les faire rectifier en contactant le responsable du traitement (Service PHARE – rue des Palais, 42 – 1030 Bruxelles).

9. Signature(s) - cochez ce qui correspond à la situation de la personne :

Relisez les informations de la page 13 pour vérifier par qui votre demande doit être signée pour être valable. N'oubliez pas de joindre, le cas échéant, la décision de justice.

☐ du demandeur ☐ du représentant légal (père, mère, tuteur) ☐ du juge de la jeunesse
☐ de l'administrateur ou du mandataire ☐ demandeur avec dispense de signature.

Signature du Responsable du Centre :

Signature de la personne accueillie, du représentant légal (père, mère, tuteur), du mandataire, de l'administrateur ou du juge de la jeunesse.

Date : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Date : _ _ / _ _ / _ _ _ _