

Version avril 2023

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 via l'adresse électronique suivante : isprior.phare@sfb.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.

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

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

Téléphone : 02 800 85 60

Mail : isprior.phare@spfb.brussels

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 - 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.

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 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

• • •

FORMULAIRE 9

Demande de reconnaissance du statut de grande dépendance

PARTIE 2 – Formulaire de demande

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.

Il est indispensable de joindre, le cas échéant, la décision du Juge de la Jeunesse

La personne est majeure :

- elle ne fait l'objet d'aucune mesure de protection → signature de la personne
- elle bénéficie d'une mesure de protection visant uniquement la gestion des biens → signatures de la personne **et** de l'administrateur ou du mandataire
- elle bénéficie d'une mesure de protection de ses biens et de sa personne → signatures de l'administrateur ou du mandataire
- elle bénéficie d'une dispense de signature définitive ou temporaire → fournir une copie recto 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 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel (MB 05/09/2018).

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 :