

**N° AVIQ :**

Réservé à l'Administration



Wallonie

**AViQ**

Agence pour une Vie de Qualité



Familles



Santé



Handicap

jaune



## **Demande d'intervention en matière d'Aide individuelle.**

### **IMPORTANT :**

**Ce formulaire doit être introduit à l'Agence avant l'achat de matériel, l'aménagement du logement ou la réalisation d'une prestation de services sinon votre demande sera refusée.**

Ce formulaire doit être complété, daté et signé :

- par la personne handicapée majeure qui souhaite recevoir une aide de l'Agence pour une Vie de Qualité
- ou par le représentant légal (parent, tuteur, ...) de la personne handicapée
- ou par toute autre personne mandatée par le demandeur

et transmis à un Bureau régional (voir adresses des Bureaux régionaux en **page 4**)

*L'AVIQ branche handicap, a pour but de promouvoir, en Région wallonne, l'intégration des personnes handicapées. Elle a pour mission d'apporter un certain nombre d'aides ou de services aux personnes handicapées résidant sur le territoire de la Région wallonne (moyennant certaines conditions de nationalité), âgées de moins de 65 ans au moment de l'introduction de leur première demande.*

*Si vous souhaitez être aidé pour compléter ce formulaire ou obtenir des informations complémentaires, n'hésitez pas à prendre contact avec votre Bureau régional*

*Les informations transmises ou récoltées dans le cadre de l'instruction de la demande seront traitées conformément aux règles de protection de la vie privée instituées par la loi du 8 décembre 1992. Conformément aux dispositions de cette loi, les informations enregistrées par l'AVIQ sont communiquées à la personne handicapée à sa demande et, le cas échéant, rectifiées.*

# PERSONNE POUR LAQUELLE LA DEMANDE EST FORMULEE

Si vous avez déjà fait appel à l'AVIQ, indiquez votre N°de dossier : AV/ .....

Numéro d'inscription au registre national ou au registre des étrangers :

(Celui-ci figure au dos de votre carte d'identité)

						-					
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

NOM : .....  
(en majuscules)

Prénom(s) : .....  
(ne renseigner que le(s) prénom(s) officiel(s))

Sexe :  masculin  féminin

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : ..... Lieu de naissance : .....

Nationalité :  belge  autre nationalité (à préciser) :  
date d'entrée en Belgique : .....

Domicile : Rue : .....  
N°:..... Boîte : .....  
Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : ..... Fax : .....  
(où vous pouvez être joint pendant les heures de bureau)

GSM : .....

E mail : .....

Etat civil :  célibataire  
 marié(e)  
 séparé(e)  
 veuf(ve)  
 divorcé(e)  
 cohabitant(e)

Affilié à la mutuelle : .....

**REPRESENTANT LEGAL OU REPRESENTANTS LEGAUX  
DE LA PERSONNE CONCERNEE**

**Cadre(s) à compléter uniquement si :**

- la personne concernée est mineure (compléter les deux cadres si la personne a ses deux parents comme représentants légaux),
- la personne concernée est majeure et bénéficie d'une mesure de protection (joindre une copie de la décision officielle).

**Premier représentant légal :**

NOM : .....  
*(en majuscules)*

Prénom(s) : .....  
*(ne renseigner que le(s) prénom(s) officiel(s))*

Date de naissance (jj /mm/aaaa) : .....

Lieu de naissance : ..... Nationalité : .....

Domicile : .....

Téléphone (GSM ou e-mail) où vous pouvez être joint pendant les heures de bureau:

Lien de parenté (ou autre) avec la personne concernée : .....

Y a-t-il une décision de justice relative à la désignation d'un représentant légal ?

NON

OUI *(en fournir copie en annexe s.v.p.)*

**Deuxième représentant légal (éventuel) :**

NOM : .....  
*(en majuscules)*

Prénom(s) : .....  
*(ne renseigner que le(s) prénom(s) officiel(s))*

Date de naissance (jj/mm/aaa) : .....

Lieu de naissance : ..... Nationalité : .....

Domicile :

Téléphone (GSM ou e-mail) où vous pouvez être joint pendant les heures de bureau :

Lien de parenté (ou autre) avec la personne concernée : .....

Y a-t-il une décision de justice relative à la désignation d'un représentant légal ?

NON

OUI *(en fournir copie en annexe s.v.p.)*

Domicile situé dans les arrondissements ou les provinces suivants :	<p>Bureau régional compétent : Ouvert de 9h à 12h et de 14h à 16h</p> <p>Plans d'accès sur <a href="http://www.aviq.be/handicap">www.aviq.be/handicap</a></p>	
Province de Hainaut: arrondissements de Tournai, Mons, Ath, Soignies et Mouscron.	<p>Boulevard Gendebien, 3 ☎ 065/32 86 11 e-mail : <a href="mailto:br.mons@aviq.be">br.mons@aviq.be</a></p>	<p>7000 Mons Fax 065/35 27 34</p>
Province de Hainaut: arrondissements de Charleroi et Thuin.	<p>Rue de la Rivelaine, 11 ☎ 071/20 49 50 e-mail : <a href="mailto:br.charleroi@aviq.be">br.charleroi@aviq.be</a></p>	<p>6061 Charleroi Fax 071/20 49 53</p>
Province de Namur: arrondissement de Namur.	<p>Place Joséphine Charlotte, 8 ☎ 081/33 19 11 e-mail : <a href="mailto:br.namur@aviq.be">br.namur@aviq.be</a></p>	<p>5100 Jambes Fax 081/30 88 20</p>
Province de Namur: arrondissements de Dinant et Philippeville.	<p>Rue Léopold, 3 - 1er étage ☎ 082/21 33 11 e-mail : <a href="mailto:br.dinant@aviq.be">br.dinant@aviq.be</a></p>	<p>5500 Dinant Fax 082/21 33 15</p>
Province de Liège: arrondissements de Huy, Liège, Verviers (sauf Communauté germanophone) et Waremme.	<p>Rue du Vertbois, 23-25 ☎ 04/220 11 11 e-mail : <a href="mailto:br.liege@aviq.be">br.liege@aviq.be</a></p>	<p>4000 Liège Fax 04/220 11 90</p>
Province du Brabant Wallon: arrondissements de Nivelles et Wavre.	<p>Espace Coeur de Ville, 1 3ème étage ☎ 010/43 51 60 e-mail : <a href="mailto:br.ottignies@aviq.be">br.ottignies@aviq.be</a></p>	<p>1340 Ottignies Fax 010/43 51 80</p>
Province de Luxembourg: arrondissements de Arlon, Bastogne, Virton	<p>Rue du Village, 5 ☎ 061/22 85 10 e-mail : <a href="mailto:br.libramont@aviq.be">br.libramont@aviq.be</a></p>	<p>6800 Libramont Fax 061/22 85 26</p>



**Si vous savez de quelle(s) aide(s) vous avez besoin, entourez-la(les) ou décrivez-la(les):**

**Aides aux soins et à la protection personnelle** (exemples : langes, siège percé, siège de douche ou de bain, table de douche, table à langer, ...).

Autres (à préciser) : .....

**Aides à la mobilité personnelle** (exemples : canne, adaptation automobile, fauteuil roulant\*, lève personnes,...)

\*Toute demande relative à un fauteuil roulant doit être introduite préalablement auprès de votre mutuelle.

Autres (à préciser) : .....

**Aménagements et adaptations de maisons et autres lieux** (exemples : adaptation d'un logement existant, barres d'appui, commande d'ouverture à distance de portes, élévateur d'escaliers, élévateur vertical, rampe portable, lit électrique, et matelas anti-escarres alternating)

Autres (à préciser) : .....

**Aides à la communication, l'information et à la signalisation** (exemples : vidéo-loupe, appareils de communication, barrette braille, fax, réveil vibrant,...)

Autres (à préciser) : .....

**Aides à la manipulation des produits et des biens** (exemples : clavier et système d'accès adapté pour les ordinateurs, logiciel de reconnaissance de caractères ou de reconnaissance vocale, système de contrôle de l'environnement...)

Autres (à préciser) : .....

**Prestations de services** (exemples : accompagnement pédagogique dans l'enseignement supérieur ou de promotion sociale, complément d'apprentissage de la conduite automobile, apprentissage des techniques d'orientation et de mobilité, apprentissage avec un chien-guide,...)

Autres (à préciser) : .....

**Interventions liées la scolarité** (frais de déplacement, frais de séjour, exonération du droit d'inscription dans l'enseignement de promotion sociale)

Autres (à préciser) : .....

**Entretiens et / ou réparations** (exemples : fauteuil roulant, lève-personne, dispositif de changement de niveau. Autres (à préciser) .....

**Autres :** .....

Si vous avez déjà sollicité des devis auprès de fournisseurs, veuillez les transmettre au bureau régional.

**L'aide sollicitée sera utilisée:**

- au domicile :.....
- sur le lieu du travail :.....  
précisez.....
- au sein d'un service agréé par l'AVIQ (accueil de jour, résidentiel ou AVJ),  
précisez lequel .....
- au sein d'un établissement scolaire :.....  
précisez aussi le type d'enseignement suivi.....
- ailleurs; précisez :  
MR (maison de repos),.....  
MRS (maison de repos et de soins) .....
- Autre :.....

**Dans le but de clarifier votre demande, avez-vous déjà pris contact:**

- a) avec un service-conseil (par exemple pour l'aménagement de votre logement, pour l'adaptation de votre véhicule)  oui -  non  
Si oui, lequel ?
- b) avec un service d'accompagnement ou avec un service social?  oui -  non  
Si oui, lequel ?.....
- c) avec une équipe pluridisciplinaire pour l'établissement d'un rapport de fonctionnement dans le cadre d'une demande d'aide à la mobilité (telle qu'un fauteuil roulant) auprès de votre mutuelle ?  oui -  non  
Si oui, demandez au médecin conseil de votre mutuelle de nous le faire parvenir.

**Personne de contact du service :**

Nom : .....  
(en majuscules)  
Adresse:.....  
Rue : .....  
N°:..... Boîte : .....  
Code postal :..... Commune : .....  
Téléphone : ..... GSM : .....  
Adresse e-mail : .....

**Attention** : pour certaines interventions, un certain nombre d'informations ou d'attestations doivent être fournies. Le Bureau régional vous les réclamera ultérieurement.

**ATTENTION** : Les prestations d'aide matérielle sont subsidiaires :

- aux prestations octroyées en vertu de l'assurance maladie invalidité (mutuelle) ou de la législation relative à la réparation des accidents du travail ou des maladies professionnelles;
- à toute intervention pouvant être obtenue par le demandeur en vertu de la législation relative à la responsabilité civile.

Cela signifie qu'il faut introduire les demandes d'aide auprès des organismes (mutuelle, assurance, etc.) qui octroient ces prestations ou interventions, avant d'introduire une demande à l'AVIQ.

Les prestations d'aide matérielle seront refusées par l'Agence si vous vous abtenez de faire valoir au préalable vos droits à une prestation remboursable par l'un de ces organismes.

Si vous avez d'autres besoins qui ne concernent pas l'aide matérielle vous pouvez les indiquer ici ou compléter le formulaire spécifique (rose : aide à l'emploi, vert : accueil, hébergement et accompagnement)

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

Souhaitez-vous qu'un conseiller de l'AVIQ prenne contact avec vous ?

OUI

NON

L'AVIQ a aussi créé une

## Coordination des Informations et Conseils en Aides Techniques

# CICAT



Le **CICAT** - répond à vos diverses questions,  
- vous oriente vers des banques de données spécialisées en aides techniques.

Ses coordonnées :

Tél : 071/ 33 7748

E-mail : [cicat@aviq.be](mailto:cicat@aviq.be)

## RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES ET DOCUMENTS JUSTIFICATIFS A FOURNIR EN ANNEXE

Pour attester de votre handicap, joignez une copie des rapports médicaux, psychologiques ou sociaux que vous possédez, même s'ils ont été établis à destination d'autres organismes (utilisez l'enveloppe jointe ou une enveloppe fermée sur laquelle vous indiquez: "à l'attention du médecin du Bureau régional").

Votre médecin traitant est la personne la plus proche de vous qui connaît le mieux votre situation médicale personnelle et dispose du dossier médical global. S'il accepte de transmettre les informations relatives à votre situation, le Bureau régional peut fournir un modèle de bilan médical facilitant la communication de telles données.

Nom et prénom du médecin traitant : .....

Adresse : .....

Tél : .....

E-mail : .....

Dans le cadre de l'examen de cette demande d'intervention, j'autorise le Bureau régional à demander les données éventuellement nécessaires au(x) médecin(s), centre(s), service(s), mutuelle(s) ou institution(s) dont j'ai indiqué les coordonnées.

Je certifie que les informations fournies dans ce formulaire sont complètes et véritables.

Signature du demandeur

(personne concernée, mandataire ou représentant légal) :

Date :        /        /        Nom : .....

Prénom : .....

Pour permettre le remboursement de l'intervention demandée, indiquez le n° de compte financier sur lequel il pourra être effectué ainsi que le titulaire du compte.

Compte n°

				-					-					-			
--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--

Nom et prénom du titulaire : .....

Si vous êtes mandataire de la personne handicapée, veuillez joindre la procuration qu'elle vous a fournie et indiquer vos coordonnées.

Si le demandeur est dispensé de signature, veuillez joindre la photocopie de la carte d'identité.