



Numéro de dossier:

.....
(réservé à l'administration)

Introduction de la demande



Vennbahnstraße 4/4
B-4780 ST.VITH
Tel.: 080/229.111
Fax: 080/229.098
E-Mail: info@dpb.be

2. Les représentants légaux du demandeur :

A remplir uniquement s'il s'agit

- ***d'un mineur d'âge (moins de 18 ans)***
- ***d'un adulte ayant le statut de minorité prolongée décidé par un juge***

Nom :	
.....	
Prénom :	
.....	
Date de naissance : / /	
Adresse (domicile) :	
<i>Rue :</i>	<i>N°:</i>
<i>Code postal:</i>	<i>Lieu :</i>
<i>Commune :</i>	
<i>Téléphone :</i> /	
Sexe :	<input type="checkbox"/> <i>masculin</i> <input type="checkbox"/> <i>féminin</i>
Etat-civil :	
<input type="checkbox"/>	<i>célibataire</i>
<input type="checkbox"/>	<i>marié(e)</i>
<input type="checkbox"/>	<i>séparé(e)</i>
<input type="checkbox"/>	<i>divorcé(e)</i>
<input type="checkbox"/>	<i>veuf(ve)</i>
Lien de parenté avec le demandeur:	
<input type="checkbox"/>	<i>père</i>
<input type="checkbox"/>	<i>mère</i>
<input type="checkbox"/>	<i>autre :.....</i>

Nom :
Prénom :
Date de naissance : / /
Adresse (domicile) :	
<i>Rue :</i> <i>N°:</i>
<i>Code postal:</i> <i>Lieu :</i>
<i>Commune :</i>
<i>Téléphone :</i> /
Sexe :	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin
Etat-civil :	
	<input type="checkbox"/> célibataire
	<input type="checkbox"/> marié(e)
	<input type="checkbox"/> séparé(e)
	<input type="checkbox"/> divorcé(e)
	<input type="checkbox"/> veuf(ve)
Lien de parenté avec le demandeur:	
	<input type="checkbox"/> père
	<input type="checkbox"/> mère
	<input type="checkbox"/> autre :.....

3. Nature de la demande:

3.1. Décrivez brièvement la raison qui vous amène à vous adresser à la Office pour Personnes handicapées (*votre situation, vos difficultés que vous rencontrez dans la vie quotidienne, au travail, pendant d'autres activités, ...*)

3.2. Quelle(s) intervention(s) est/(sont) visée(s) par votre demande auprès la Office pour Personnes handicapées ? (*veuillez marquer la / les case(s) correspondante(s)*)

- une participation financière à l'achat de matériel adapté (*veuillez mentionner le matériel nécessaire*) :

- une intégration professionnelle (information, conseil, accompagnement)
- un conseil, un accompagnement dans la recherche d'une structure de vie adaptée
- un conseil, un accompagnement dans la recherche d'une activité de loisir adaptée
- un conseil, un accompagnement d'accompagnement des familles
- un conseil, un accompagnement du service SENS (amitié, sentiments et sexualité)
- un conseil, un accompagnement du service COME-BACK
- une autre demande (*veuillez brièvement décrire la nature de la demande*)

4. Quelle est votre mutuelle?

(veuillez marquer la case correspondante)

- CAAMI
- mutualité chrétienne (C.O.K.)
- Freie Krankenkasse (anciennement B.O.K.)
- mutualité neutre
- mutualité socialiste
- autre mutualité non mentionnée:

5. Quelle(s) intervention(s) financière(s) obtenez-vous de la part d'autres institutions ? (veuillez marquer la / les case(s) correspondante(s))

- une intervention du *Service public fédéral – Sécurité Social* (allocation d'intégration ou / et de remplacement de revenus)
numéro de référence : _ _ _ _ _ / _ _ _ / _ _
- Allocations familiales majorées de la *Caisse d'Allocation Familiale*
- une intervention de la part d'une *Compagnie d'Assurance*
- une intervention de la part de la *Caisse des Maladies Professionnelles*
- une intervention de la part du *Fond d'Aide aux Victimes*
- une intervention de la part de la *Caisse des Invalides de Guerre*
- autres (*à mentionner*):

6. Occupation ou travail actuel: (veuillez marquer la / les case(s) correspondante(s))

- élève
- étudiant
- sans-emploi avec chômage
- sans-emploi sans chômage
- reconnu par la mutuelle comme :

- malade obtenant une indemnisation de la mutuelle*
- invalidé obtenant une pension d'invalidé de la mutuelle*

- revenu d'intégration (de la part du CPAS)

μ inscrit comme demandeur d'emploi **FOREM / ADG**
μ à la recherche d'un emploi mais pas inscrit au **FOREM / ADG**

- ouvrier, employé:

1) fonction exercée :

.....

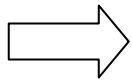
2) statut : indépendant

- ouvrier, employé dans le secteur privé
- ouvrier, employé dans le secteur public
- autre (veuillez expliquer)

.....

π pensionné, pré-pensionné

7. Renseignements relatifs au revenu:



seulement à remplir, au cas où
vous avez plus de 65 ans, sinon veuillez passer
au point 8

7.1. Composition de ménage (à compléter)

NOM	Prénom	Age	Lien de parenté avec le demandeur
1.
2.
3.
4.
5.

7.2. Revenu du ménage:

Veillez indiquer votre revenu de ménage , c'est-à-dire les revenus du demandeur et ceux de son conjoint ou bien de la personne avec laquelle le demandeur vit ensemble. S'il s'agit des enfants, veuillez mentionner les revenus des deux parents.

Très important : Veuillez joindre une copie des pièces justificatives correspondantes (p. ex. copie d'extraits de compte, déclaration fiscale, extraits de pension, etc.)

Revenus de la personne 1: €/par mois /par an
(rayer les mentions inutiles)

+ €/par mois /par an

Revenus de la personne 2: €/par mois /par an

+ €/par mois /par an

8. Pour ma demande je souhaite être accompagné par une personne de mon choix:
(veuillez marquer la / les cases correspondante(s))

OUI

NON

Si OUI, veuillez mentionner les coordonnées de la personne.

S'il s'agit d'un service, veuillez mentionner le nom complet:

.....

Adresse (*si connue*):

.....

.....

.....

Nom de la personne:

.....

Je certifie que toutes les informations contenues dans ce formulaire sont complètes et correctes.

**Signature du demandeur
(de son représentant légale)**

Date: / / **Nom :**
Prénom :

9. Une personne vous a-t-elle aidée à remplir ce formulaire ?

(veuillez marquer la/les cases correspondante(s))

OUI

NON

Si OUI, veuillez mentionner les coordonnées de la personne.

S'il s'agit d'un service, veuillez mentionner le nom complet:

.....

Adresse (si connue):

.....

.....

Nom de la personne:

.....

Veillez nous informer au plus tôt de chaque changement de domicile et de chaque changement de votre situation familiale. Ces changements peuvent avoir une influence sur savelsles services de l'Office.

A renvoyer à :

***Dienststelle für Personen
mit Behinderung***

Vennbahnstraße 4/4
4780 ST.VITH

Tel.: 080/ 229.111
Fax.: 080/229.098

Homepage: www.dpb.be