

**N° Awiph :**

Réservé à l'Administration

jaune



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

### **Ne remplissez pas ce formulaire si :**

*Vous souhaitez d'abord en savoir plus sur ce que l'AWIPH peut faire pour vous.*

*Consultez plutôt le site Internet de l'Agence ([www.awiph.be](http://www.awiph.be)),  
appelez le numéro gratuit (0800/160 61) ou  
prenez contact avec le **Bureau régional** le plus proche (voir adresses [www.awiph.be](http://www.awiph.be)).*

### **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.***

Le 14 mai 2009, le Gouvernement wallon a, par un arrêté, fixé les conditions et les modalités d'intervention d'aide individuelle à l'intégration des personnes handicapées.  
Il faut entendre par aide individuelle à l'intégration les produits d'assistance, les prestations de service et les aménagements destinés à compenser le handicap ou à prévenir son aggravation.

*L'A.W.I.P.H., instituée par le décret du 6 avril 1995, 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'AWIPH 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'AWIPH, indiquez votre N° de dossier : **AW/** .....

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 : ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....  
(jour) (mois) (année)

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

Domicile : Rue : .....

N° : ..... Boîte : .....

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

Résidence habituelle : .....

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)

Merci de préciser si vous avez des difficultés pour communiquer  oui  non

## 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 : ..... / ..... / .....  
(jour) (mois) (année)

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

Domicile : Rue : .....  
N° : ..... Boîte : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
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 : ..... / ..... / .....  
(jour) (mois) (année)

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

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

## NATURE DE LA DEMANDE

Décrivez brièvement ce qui vous amène à vous adresser à l'AWIPH : votre situation, les difficultés que vous rencontrez dans la réalisation des activités de votre vie quotidienne, dans votre emploi ou dans votre scolarité:

- pour assurer votre entretien personnel
  - vous laver,
  - aller aux toilettes,
- pour changer et maintenir la position du corps (vous transférer, vous coucher, vous asseoir, vous mettre debout...),
- pour assurer votre vie domestique
  - préparer les repas,
  - faire le ménage,
- pour porter, déplacer et manipuler des objets (activité de motricité fine, saisir, utiliser les mains et les bras...),
- pour marcher et vous déplacer :
  - à l'intérieur
  - ou  à l'extérieur,
- pour écouter (difficultés auditives...),
- pour lire (difficultés visuelles...),
- pour écrire (difficultés physiques, visuelles...),
- pour communiquer,
- pour converser,
- pour utiliser des appareils et des techniques de communication (ex : votre téléphone, votre ordinateur de base...),
- pour mener votre vie communautaire sociale et civique
  - récréation et loisirs
- autre(s)

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

### LIEU D'UTILISATION

L'aide sollicitée sera utilisée:

- au domicile : .....
- sur le lieu du travail :  
précisez.....
- au sein d'un service agréé par l'Awiph (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) .....

Date de début de l'affection, ou de l'évènement, à l'origine du handicap : .....

Le handicap est-il consécutif à un accident ?     oui     non

**Exemples :**

**Aides aux soins et à la protection personnelle** (exemples : langes, siège percé, siège de douche ou de bain, brancard, table de douche, table à langer, lève personne pour le bain,...) Autres (à préciser) : .....

**Aides à la mobilité personnelle** (exemples : canne, adaptation pour voiture, voiturette manuelle standard en cumul, complément sur voiturettes électriques\*, lève personnes électriques, chien guide,...)  
\*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 : construction d'un logement adapté, adaptation d'un logement existant, mobilier adapté ou sanitaire , barres et poignées d'appui, ouverture automatique de porte de garage, motorisation de portes, élévateur d'escaliers, plate-forme pour élévation, rampe portable, lit électrique et matelas anti-escarres),...  
Autres (à préciser) : .....

**Aides à la communication et à l'information** (exemples : vidéo-loupe, ordinateur et accessoires, barrette braille, téléphone adapté, interphone/ouvre-portes, réveil vibrant et:ou lumineux, indicateur de bruit, clavier et système d'accès adapté pour les ordinateurs, logiciel de communication). 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, transcriptions braille et autres adaptations d'ouvrages dans le cadre de la scolarité).  
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) : .....

Recevoir une attestation permettant d'obtenir la carte d'accompagnant pour le TEC 105.

Autres : .....

# FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

## 1. SOUTIENS ET RELATIONS DONT VOUS DISPOSEZ :

### **Famille : personnes vivant sous le même toit que vous**

Nom

Prénom

Date de naissance

Lien de parenté  
ou cohabitation

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

### **Institution ou service dans le(a)quel(le) vous résidez**

*(personne qui peut être contactée et qui vous connaît)*

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

### **Service - conseil (Adaptation de logement, aide informatisée)**

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

### **Service d'aide précoce (SAP), d'aide à l'intégration (SAI), service d'accompagnement (SAC)**

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

### **Service hospitalier - prestataire de soins (bandagiste, médecin, ergothérapeute, infirmière)**

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

## 2. AUTRES INTERVENTIONS PUBLIQUES DONT VOUS DISPOSEZ :

- aide à la mobilité personnelle - ex.: voiturette / fauteuil roulant (mutuelle)
- carte de stationnement
- aide à la tierce personne (mutuelle)
- forfait incontinence (mutuelle)
- allocation familiale majorée
- allocation de remplacement de revenus (SFP Sécurité sociale "Vierge noire")
- allocation d'intégration (SFP Sécurité sociale "Vierge noire")
- indemnité de mutuelle
- autres :

.....  
.....

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

- aux prestations octroyées en vertu de l'assurance maladie invalidité 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 au préalable les demandes d'aide auprès des organismes (mutuelle, assurance, etc.) qui octroient ces prestations ou interventions.

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

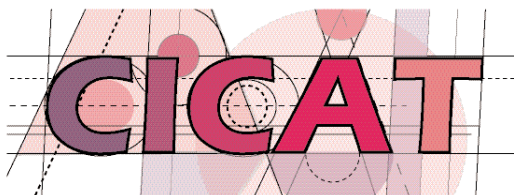
(article 7 de l'arrêté du Gouvernement wallon du 14 mai 2009 fixant les conditions et modalités d'intervention d'aide individuelle à l'intégration des personnes handicapées, M.B 07/07/2009).

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

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

L'AWIPH a aussi créé une

## **Coordination des Informations et Conseils en Aides Techniques**



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

Ses coordonnées : ☎ : 071. 205 506  
Fax : 071. 205 116  
E-mail : [cicat@awiph.be](mailto:cicat@awiph.be)

## RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES ET DOCUMENTS JUSTIFICATIFS A FOURNIR EN ANNEXE

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

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) public(s), mutuelle(s), bandagiste(s) ou association(s), service(s) conseil(s), institution(s) qui sont déjà intervenus pour moi.

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.

Vous trouverez le Bureau régional de l'Awiph compétent en fonction de votre domicile  
ainsi que le plan d'accès sur **[www.awiph.be](http://www.awiph.be)**.

Les Bureaux régionaux sont ouverts de 9h à 12h et de 14h à 16h