

Déclaration sur l'honneur pour la reconnaissance en tant qu'aidant proche¹

helan

Mutualité libre

Comment introduire une demande de reconnaissance en tant qu'aidant proche ?

Complétez le formulaire ci-dessous et renvoyez-le nous au plus vite :

De manière numérique : Téléchargez-en une photo ou un scan sur www.helan.be/reconnaissance-aidant-proche

Ou par courrier : Helan Mutualité libre, Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk

Informations concernant l'aidant proche

1. Nom et prénom :	_____
Numéro NISS :	_____
Mutualité (n°) :	_____
Numéro d'inscription :	_____
Adresse :	_____
(ou coller une vignette de la mutualité)	_____
Adresse e-mail :	_____
2. Résidez-vous de manière permanente en Belgique ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3. Êtes-vous inscrit(e) au registre national ou au registre des étrangers ?	<input type="checkbox"/> OUI, registre national <input type="checkbox"/> OUI, registre des étrangers <input type="checkbox"/> NON
4. Êtes-vous en incapacité de travail et bénéficiez-vous d'un revenu de remplacement ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Informations concernant la personne aidée

5. Nom et prénom :	_____
Numéro NISS :	_____
Mutualité (n°) :	_____
Numéro d'inscription :	_____
Adresse :	_____
(ou coller une vignette de la mutualité de la personne aidée)	_____
Adresse e-mail :	_____
Age de la personne aidée :	_____
6. La personne aidée réside-t-elle effectivement et de manière permanente dans le pays ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
La personne aidée réside-t-elle de manière permanente en Belgique ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

¹ Loi du 12 mai 2014



Informations concernant le type de reconnaissance demandé

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 7. Demande de reconnaissance générale en tant qu'aidant proche ² | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 8. Demande de reconnaissance pour l'octroi de droits sociaux ³ | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Informations concernant votre relation avec la personne aidée

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 9. Apportez-vous le soutien et l'aide à des fins non professionnelles et gratuitement ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 10. L'aide et le soutien sont-ils prodigués avec le concours d'au moins un(e) professionnel(e) (médecin traitant, infirmière à domicile, kinésithérapeute, aide familiale...) ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 11. Tenez-vous compte du projet de vie de la personne aidée ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 12. Avez-vous développé une relation de confiance ou de proximité, affective ou géographique avec la personne aidée ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Uniquement si vous avez répondu oui à la question 7. Veuillez répondre à la question ci-dessous.

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 13. La personne aidée est-elle vulnérable et dans une situation de dépendance en raison de son grand âge, de son état de santé ou d'un handicap ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
|---|------------------------------|------------------------------|

Uniquement si vous avez répondu oui à la question 8. Veuillez répondre aux questions 14 à 28 ci-dessous.

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 14. Fournissez-vous un minimum de 50 heures d'aide et de soutien par mois (ou 600 heures par an) à la personne nécessitant des soins ? | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
|--|------------------------------|------------------------------|

Situation de dépendance de la personne aidée

La personne aidée déclare, par la présente, sur l'honneur disposer d'une attestation de dépendance, ou bénéficier d'une intervention prouvant une situation de dépendance.

Indiquez 'oui' pour ce qui correspond à la situation de la personne aidée, et joignez un justificatif pertinent.

Si vous répondez plusieurs fois 'oui', un seul justificatif suffit.

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 15. Attestation avec au moins 35 points sur l'échelle de profil BEL | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 16. Attestation avec vous au moins 13 points au BelRAI screener ou minimum 5,5 points pour la somme des modules AIVQ et AVQ du BelRAI screener | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 17. Attestation avec au moins 15 points sur l'échelle médico-sociale AVQ/CPS | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 18. Attestation forfait B ou C sur l'échelle de KATZ | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 19. Ou remplit-elle au moins 1 des conditions médicales pour avoir droit à l'intervention (forfaitaire) pour les maladies chroniques ⁴ | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 20. Attestation démontrant que le degré d'autonomie a été fixé à au moins 12 points dans le cadre d'une évaluation visant à examiner le droit à l'allocation d'intégration ^{5,6} | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

² Comme visé au chapitre 2 de l'A.R. portant exécution de la loi du 12 mai 2014 relative à la reconnaissance de l'aidant proche et à l'octroi de droits sociaux à l'aidant proche.

³ Comme visé au chapitre 3 de l'A.R. portant exécution de la loi du 12 mai 2014 relative à la reconnaissance de l'aidant proche et à l'octroi de droits sociaux à l'aidant proche.

⁴ Pour plus d'info à ce propos, adressez-vous à la mutualité de la personne aidée.

⁵ En vertu de l'arrêté ministériel du 30 juillet 1987 fixant les catégories et le mode d'emploi pour l'évaluation du degré d'autonomie en vue de l'examen du droit à l'allocation d'intégration.

⁶ Cette constatation est effectuée par la Direction générale Personnes handicapées du SPF Sécurité sociale, par Medex ou par le médecin conseil de la mutualité.

Attention ! L'examen par le médecin conseil de la mutualité n'est prévu que dans des cas où aucune autre constatation de la situation médicale n'a encore eu lieu.

21. La personne aidée bénéficie d'une allocation de remplacement de revenus ou d'une allocation d'intégration ou d'une allocation pour l'aide aux personnes âgées⁷, et son degré d'autonomie a été fixé à au moins 12 points⁸ OUI NON
22. La personne aidée bénéficie d'une allocation pour l'aide aux personnes âgées⁹, et son degré d'autonomie a été fixé à au moins 12 points¹⁰ OUI NON
23. La personne aidée bénéficie de l'aide de tiers¹¹ et son degré d'autonomie a été fixé à au moins 12 points⁸ OUI NON
24. La personne aidée bénéficie du supplément en cas de handicap grave¹², et son degré d'autonomie a été fixé à au moins 12 points⁸ OUI NON
25. La personne aidée bénéficie d'un avantage octroyé au niveau communautaire ou régional sur la base de : OUI NON
- soit au moins 35 points sur l'échelle de profil BEL¹³
 - soit un minimum de 13 au BelRAI screener ou minimum 5,5 points pour la somme des modules AIVQ et AVQ du BelRAI screener¹⁴
 - soit au moins 15 sur l'échelle médico-sociale AVQ/CPS en Wallonie et à Bruxelles¹⁵
 - soit une attestation donnant droit au forfait B ou C après l'évaluation selon l'échelle de KATZ
26. La personne aidée est âgée de moins de 21 ans et a obtenu, lors de l'évaluation¹⁶, les points suivants : OUI NON
- au moins 12 points ;
 - ou au moins 6 points sur 18 dans le troisième pilier mesurant les conséquences de l'affection pour l'environnement familial de l'enfant.
27. La personne aidée a droit à des allocations familiales majorées¹⁷ et a obtenu les points suivants : OUI NON
- au moins 12 points ;
 - ou au moins 6 points sur 18 dans le troisième pilier mesurant les conséquences de l'affection pour l'environnement familial de l'enfant.
28. La personne aidée a droit à des allocations familiales majorées et a obtenu, lors de l'évaluation¹⁸, plus de 80 % d'incapacité physique ou mentale avec 7 à 9 points pour le degré d'autonomie. OUI NON

⁷ Visées dans la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux handicapés

⁸ En vertu de l'arrêté ministériel du 30 juillet 1987 fixant les catégories et le mode d'emploi pour l'évaluation du degré d'autonomie en vue de l'examen du droit à l'allocation d'intégration.

⁹ Visée dans le décret du 4 juin 2016 relatif à la Protection sociale flamande

¹⁰ En vertu de l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 octobre 2016 portant exécution du décret du 24 juin 2016 relatif à la Protection sociale flamande.

¹¹ Au sens de l'article 215bis de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

¹² Au sens des articles 134 à 138 de la loi du 26 juin 1992 portant des dispositions sociales et diverses

¹³ Au sens de l'article 1^{er}, 5° de l'arrêté du 30 novembre 2018 du Gouvernement flamand portant exécution du décret du 18 mai 2018 relatif à la Protection sociale flamande

¹⁴ Comme prévu dans l'arrêté du 30 novembre 2018 précité.

¹⁵ Visée par l'arrêté ministériel du 30 juillet 1987 fixant les catégories et le mode d'emploi pour l'évaluation du degré d'autonomie en vue de l'examen du droit à l'allocation d'intégration

¹⁶ Conformément à l'arrêté royal du 28 mars 2003 portant exécution des articles 47, 56 septies et 63 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés et de l'article 88 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002

¹⁷ Octroyées sur la base des articles 47, § 2, 56 septies, § 2, et 63, § 2, de la loi générale du 19 décembre 1939 relative aux allocations familiales, et lors de l'évaluation conformément à l'arrêté royal du 28 mars 2003 portant exécution des articles 47, 56 septies et 63 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés et de l'article 88 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002

¹⁸ Lors de l'évaluation effectuée conformément au mode d'emploi en annexe de l'arrêté royal du 3 mai 1991 portant exécution des articles 47, 56 septies, et 63 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés et de l'article 96 de la loi du 29 décembre 1990 portant des dispositions sociales

Signature

"J'accepte, en cochant cette case, que la mutualité de la personne à laquelle j'apporte aide et soutien prenne contact avec ma mutualité afin de pouvoir échanger les informations nécessaires au traitement de la présente demande."
(à cocher par l'aidant proche)

Je confirme sur l'honneur que ma déclaration est sincère et complète, et que je communiquerai immédiatement tout changement à ce sujet.

Je sais que le fait d'effectuer une déclaration fautive ou incomplète, de négliger d'effectuer une déclaration obligatoire ou de fournir les informations que je suis tenu(e) de donner, peut m'exposer à des amendes, à une sanction administrative ou à des poursuites judiciaires, sans préjudice d'éventuelles récupérations, conformément aux articles 230 à 236 inclus du Code pénal social, et m'engage à communiquer toute modification à ma mutualité.

Date de signature : / /

Signature de l'aidant proche ou de son représentant légal :

"J'accepte, en cochant cette case, que la mutualité de la personne m'apportant aide ou soutien prenne contact avec ma mutualité afin de pouvoir échanger les informations nécessaires au traitement de la présente demande"
(à cocher par la personne aidée)

Je confirme sur l'honneur que ma déclaration est sincère et complète, et que je communiquerai immédiatement tout changement à ce sujet.

Je sais que le fait d'effectuer une déclaration fautive ou incomplète, de négliger d'effectuer une déclaration obligatoire ou de fournir les informations que je suis tenu(e) de donner, peut m'exposer à des amendes, à une sanction administrative ou à des poursuites judiciaires, sans préjudice d'éventuelles récupérations, conformément aux articles 230 à 236 inclus du Code pénal social, et m'engage à communiquer toute modification à ma mutualité.

Date de signature : / /

Signature de la personne aidée ou de son représentant légal :

Les organismes assureurs collectent et traitent les données à caractère personnel. Nous le faisons pour pouvoir effectuer notre tâche en tant que mutualité, pour gérer votre dossier et pour vous informer de nos services et activités dans le cadre de la réglementation relative à la reconnaissance de l'aidant proche et à l'octroi de droits sociaux. Vous avez le droit de savoir quelles sont les données que nous traitons, de demander de corriger ou d'effacer vos données, de vous opposer à des décisions automatisées. Envoyez votre demande à l'attention de notre responsable de la protection des données à notre adresse postale ou grâce au formulaire www.helan.be/question-gdpr