

N° Awiph :

bleu

Réservé à l'Administration

AWIPH

Agence
Wallonne
pour l'Intégration des
Personnes Handicapées



Formulaire de demande d'un budget d'assistance personnelle

Le 14 mai 2009, le Gouvernement wallon a, par un arrêté, permis d'accorder des budgets d'assistance personnelle. Cet arrêté comporte les conditions et modalités d'octroi du budget d'assistance personnelle (le BAP). Vous pouvez le consulter sur le site de l'Awiph (www.awiph.be) ou demander d'en obtenir une copie.

En quoi consiste le BAP ?

Il s'agit d'un budget accordé annuellement, sans possibilité de report des sommes non dépensées, afin de prendre en charge tout ou partie des frais d'assistance. Les prestations d'assistance doivent être effectuées par des indépendants, du personnel engagé par des services ou des entreprises, exceptionnellement par des bénévoles, habilités à assurer ces prestations.

Les actes d'assistance indemnisables sont les :

- aides aux activités de la vie journalière;
- aides aux activités de la vie domestique;
- aides aux activités sociales et de loisirs;
- aides aux activités professionnelles (hors activités de production);
- aides aux déplacements liés à toutes les activités de la vie quotidienne ainsi que la coordination du plan de service.

En sont exclus :

- l'aide matérielle individuelle, à demander par ailleurs;
- les traitements, examens ou thérapies, médicaux et paramédicaux remboursés ou non, nomenclaturés ou non par l'INAMI, ou non reconnus;
- l'assistance pédagogique et didactique lors des études;
- les prestations d'assistance personnelle pour mineurs, pas liées aux déficiences mais à l'âge.

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.

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.)

INFORMATIONS SPECIFIQUES

Lieu actuel de domicile :

Habitation privée

Personnes habitant sous le même toit que le demandeur :

(Indiquer le nom, prénom, la date de naissance et le lien de parenté avec le demandeur)

<u>Nom</u>	<u>Prénom</u>	<u>Date de naissance</u>	<u>Lien de parenté</u>
..... / /
..... / /
..... / /
..... / /
..... / /
..... / /

Résidant au sein d'une institution, service

Nom du service :

Adresse du service :

Type de service (Awiph, Maison de repos, Hôpital psychiatrique, ...)

Personne qui peut être contactée dans ce service et qui connaît la situation du demandeur :

Nom :

Prénom :

Tél. ou adresse e-mail :

De quel(s) type(s) de revenu(s) bénéficiez-vous ?

Une allocation familiale majorée

Une allocation de remplacement de revenus (S.P.F. Sécurité sociale - Rue Vierge Noire)

Une allocation d'intégration (S.P.F. Sécurité sociale - Rue Vierge Noire)

Une allocation de chômage

Une allocation du CPAS (revenu d'intégration, ...)

Un salaire

Une indemnité de mutuelle

Autre :

Parcours scolaire, si vous êtes toujours en âge de scolarité

⇒ Avez-vous suivi des études ? oui - non

⇒ Etes-vous encore étudiant ? oui - non

⇒ Si oui, vous fréquentez ou avez fréquenté :

l'enseignement ordinaire

primaire

secondaire

l'enseignement spécial (type : - forme :)

primaire

secondaire

Autre

.....

⇒ Quel est le dernier établissement d'enseignement que vous fréquentez ou avez fréquenté et à quelles dates ?

.....

.....

.....

Votre passé professionnel

Profession exercée	Employeur	Dates (deà)	Motif de changement éventuel

Activité ou statut professionnel actuel

travailleur

Si oui :

⇒ profession exercée :

⇒ statut :

indépendant

salarié en Entreprise de Travail Adapté

salarié en entreprise privée

salarié en entreprise publique

⇒ depuis quand exercez-vous cette activité (date de début ou époque approximative) ?

pensionné ou pré-pensionné

autre (à préciser) :

Comment sera traitée cette demande ?

Vous devez, bien entendu, compléter avec la plus grande application ce présent formulaire.

Votre demande sera examinée et l'Agence se prononcera sur sa recevabilité et sur la priorité à lui réserver en fonction des crédits disponibles.

Pour attester de votre handicap, vous pouvez fournir une copie de l'attestation prouvant que vous bénéficiez d'une allocation pour personne handicapée de catégorie 4 (15 ou 16 points) ou 5 (17 ou 18 points) ou que vous répondez aux critères médicaux pour bénéficier de l'allocation d'une telle catégorie.

Si vous faites la demande pour une personne âgée de moins de 21 ans, vous pouvez fournir une attestation prouvant que le jeune bénéficie d'allocations familiales majorées dont la gravité du handicap est équivalente à :

- au moins 4 points dans le premier pilier et 6 points dans les 2 autres piliers*
- moins de 4 points dans le premier pilier et 9 points dans les 2 autres piliers*
- plus de 11 points dans les 3 piliers.*

Si vous ne disposez de ce type d'attestations, vous joignez une copie des rapports médicaux, psychologiques et sociaux en votre possession, même s'ils ont été établis à destination d'autres organismes.

Vous voudrez bien placer ces documents dans une enveloppe fermée, en y indiquant la mention « Dossier confidentiel »

Ensuite, vous serez informés du suivi accordé par l'AWIPH et, en cas d'accord, un projet d'intervention sera établi.

Décrivez la nature de votre handicap et votre projet de vie motivant votre demande de BAP :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Souhaitez-vous vous adjoindre le soutien d'un service assurant la coordination de votre futur plan de service ? OUI - NON

En disposez-vous déjà ? OUI - NON

Si oui, veuillez indiquer le nom et l'adresse de la coordination :

.....

.....

Avez-vous déjà identifié vos besoins en assistance personnelle ?

Décrivez en quelques mots vos attentes et si vous êtes déjà soutenu pour vos activités, vous préciserez le service qui assure les prestations (avec leur durée et leur fréquence : exemple 34H/semaine) ?

- pour les activités de la vie journalière (se laver, se nourrir, ...)

⇒ Situation :

⇒ Ressources actuelles :

⇒ Besoins identifiés :

- pour les activités de la vie domestique (lessive, ménage, ...)

⇒ Situation :

⇒ Ressources actuelles :

⇒ Besoins identifiés :

- pour les activités scolaires au domicile

⇒ Situation :

⇒ Ressources actuelles :

⇒ Besoins identifiés :

- pour les activités sociales et les loisirs

⇒ Situation :

⇒ Ressources actuelles :

⇒ Besoins identifiés :

- pour les activités professionnelles

⇒ Situation :

⇒ Ressources actuelles :

⇒ Besoins identifiés :

- autres (à préciser) :

⇒ Situation :

⇒ Ressources actuelles :

⇒ Besoins identifiés :

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 :

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.

Formulaire à renvoyer au Bureau régional de votre domicile dont les adresses figurent ci-après.

Domicile situé dans les arrondissements ou les provinces suivants :	Bureau régional compétent : Ouvert de 9h à 12h et de 14h à 16h Plans d'accès sur www.awiph.be	
Province de Hainaut: arrondissements de Tournai, Mons, Ath, Soignies et Mouscron.	Boulevard Gendebien, 3 ☎ 065/32 86 11 e-mail : brmons@awiph.be	7000 Mons Fax 065/35 27 34
Province de Hainaut: arrondissements de Charleroi et Thuin.	Rue de la Rivelaine, 11 ☎ 071/20 49 50 e-mail : brcharleroi@awiph.be	6061 Charleroi Fax 071/20 49 53
Province de Namur: arrondissement de Namur.	Place Joséphine Charlotte, 8 ☎ 081/33 19 11 e-mail : brnamur@awiph.be	5100 Jambes Fax 081/30 88 20
Province de Namur: arrondissements de Dinant et Philippeville.	Rue Léopold, 3 - 1er étage ☎ 082/21 33 11 e-mail : brdinant@awiph.be	5500 Dinant Fax 082/21 33 15
Province de Liège: arrondissements de Huy, Liège, Verviers (sauf Communauté germanophone) et Waremme.	Rue du Vertbois, 23-25 ☎ 04/221 69 11 e-mail : brliège@awiph.be	4000 Liège Fax 04/221 69 90
Province du Brabant Wallon: arrondissements de Nivelles et Wavre.	Espace Coeur de Ville, 1 3ème étage Fax 010/23 05 80	1340 Ottignies ☎ 010/23 05 60 e-mail : brottignies@awiph.be
Province de Luxembourg: arrondissements de Arlon, Bastogne, Virton	Rue du Village, 5 ☎ 061/23 03 60 e-mail : brlibramont@awiph.be	6800 Libramont Fax 061/23 03 76