

# Formulaire de demande d'allocation d'aide aux personnes âgées (APA) – Région Wallonne

## Remarque importante :

- seuls les formulaires remplis par voie électronique, sur le Portail Wal-protect.be, seront traités. Aucun formulaire papier ne sera pris en compte.

Le formulaire ci-dessous est un guide pour les personnes qui n'ont pas la possibilité de saisir directement les données sur le Portail Wal-protect.be, ce guide permettant de prendre note des éléments du dossier afin de pouvoir les encoder ultérieurement dans le Portail.

## Quelques précisions quant au remplissage du formulaire :

Vous pouvez accéder à des compléments d'information concernant les différentes rubriques que vous devez compléter en cliquant au moyen de votre souris sur les infobulles


Les champs obligatoires sont marqués d'un astérisque.

Pour introduire votre demande, vous aurez besoin de différents documents justificatifs comme les documents officiels pour les pensions alimentaires, les actes notariés, ...

Ces documents peuvent être téléchargés au moment où vous remplissez le formulaire, plus tard, ou encore être envoyés par courrier au service d'Aide à la Personne Âgée (APA) de votre mutualité.

Veillez s'il vous plait répondre aux questions ci-dessous de la manière la plus complète et précise possible.

En synthèse : les rubriques suivantes seront à compléter sur le formulaire digital :

 <b>Ma demande en cours</b>
① Données personnelles
② Données de contact
③ Représentant
④ Informations de paiement
⑤ Votre composition de ménage
⑥ Revenus
⑦ Évaluation d'autonomie
⑧ Documents justificatifs
⑨ Clôture

## 1 Données personnelles

### 1.1 Vos données personnelles

- Numéro de registre national :
- Prénom :
- Nom :

### 1.2 L'adresse où vous êtes domicilié(e) officiellement

- Code postal :
- Commune :
- Rue :
- Numéro :

## 2 Données de correspondance et de contact

Ces données sont connues au sein de votre mutualité et sont généralement utilisées dans le cadre de l'assurance maladie invalidité.

Si ces données sont incorrectes ou incomplètes, veuillez prendre contact avec le service d'Aide à la Personne Âgée (APA) de votre mutualité pour les mettre à jour.

*[Info bulle pour le numéro de téléphone]*

*Pour le numéro de téléphone, lorsque c'est un numéro belge, n'utilisez pas d'espaces ou de signes de ponctuation. Exemple : 071526054. Si c'est un numéro étranger, veuillez ajouter le préfixe du pays correspondant (ex. pour la France : 0033 71566054).*

E-mail
<input type="text"/>
Téléphone
<input type="text"/>
Téléphone 2
<input type="text"/>

### 2.1 Avez-vous un représentant ?

*[Infobulle pour Représentant]*

*Dans cette rubrique, nous vous demandons d'indiquer les données de contact de votre représentant si vous en avez un.*

*Nous entendons par représentant soit :*

- un représentant légal ou judiciaire désigné par un jugement (médiateur de dettes, administrateur des biens, administrateur de personne, tuteur, ...).*
- un mandataire désigné par acte signé par le notaire*
- un mandataire désigné par un acte sous seing privé (mandat privé signé entre les personnes concernées)*

*Le représentant légal ou judiciaire est désigné sur base d'une ordonnance rendue par le Juge de Paix ou d'un jugement rendu par le Tribunal de Première Instance.*

Lorsqu'il y a désignation d'un représentant légal de type administrateur, le paiement de l'allocation lui sera adressé mais aussi en général toutes les demandes de renseignements et les notifications des décisions vous concernant.

Par contre, le médiateur de dettes ne peut recevoir que le paiement. La correspondance, les demandes de renseignements, les notifications, ... continuent à être adressées à la personne concernée elle-même ou à son représentant légal.

Les mandataires sont des personnes qui disposent d'un mandat écrit de votre part pour pouvoir agir en votre lieu et place. Ce mandat peut être acté par un notaire mais peut aussi faire l'objet d'un simple accord écrit de type « mandat » signé par vous et la personne. [Lien vers le Formulaire vierge de mandat]

Oui  Non

[Si le oui est sélectionné]

Veillez compléter ci-dessous les données du représentant :

Prénom

Nom

Code postal

Commune

Rue

Numéro

Numéro de boîte

E-mail

Téléphone fixe

GSM

## 2.2 Qui est votre médecin de famille ou spécialiste ?

*[Infobulle pour médecin]*

*Si vous préférez que votre dossier soit suivi par votre médecin de famille, nous avons besoin de connaître son nom et ses coordonnées.*

*Si votre choix se porte sur un médecin spécialisé, nous avons aussi besoin de son nom et de ses coordonnées mais également de sa spécialité (exemple : chirurgien orthopédiste).*

Veuillez remplir les cases ci-dessous pour rechercher le médecin qui suivra votre dossier. Vous pouvez introduire son nom et prénom ainsi que le code postal et la localité de son cabinet.

Prénom

Nom

Si spécialiste, quelle est sa spécialité ?

Code postal

Commune

Rue

Numéro

Numéro de boîte

### 3 Informations de paiement

Le compte financier sur lequel nous serons éventuellement amenés à verser votre allocation est le compte financier connu au sein de votre mutualité et utilisé généralement dans le cadre de l'assurance maladie invalidité.

Compte bancaire : BE .....

Ce compte doit impérativement être un compte belge.

Si le compte renseigné est un compte étranger, veuillez prendre contact avec le service APA de votre mutualité afin d'y faire enregistrer un compte belge.

Vous n'avez pas de compte financier connu par votre mutualité. Nous vous conseillons **vivement** de prendre contact avec le service APA de votre mutualité.

## 4 Votre composition de ménage

[Infobulle de Ménage]

On entend par ménage, l'ensemble des occupants d'une même logement sans pour autant que ces personnes aient un lien de parenté.

Si plusieurs personnes sont domiciliées à la même adresse, on présume qu'elles forment un ménage. Si ce n'est pas le cas, il faut en apporter la preuve par tous les moyens comme un contrat de location...

Le partenaire désigné est la personne non apparentée avec laquelle vous êtes domicilié (conjoint, conjoint, cohabitation légale, cohabitation de fait).

NISS :

Nom :

Prénom :

Date naissance :

Veillez indiquer le lien de parenté (cochez la case adéquate) :

<input type="checkbox"/>	conjoint - époux/épouse
<input type="checkbox"/>	partenaire - cohabitant de fait
<input type="checkbox"/>	cohabitant légal
<input type="checkbox"/>	communauté/homes
<input type="checkbox"/>	locataire / colocataire
<input type="checkbox"/>	fil, fille
<input type="checkbox"/>	petit-fils, petite-fille
<input type="checkbox"/>	gendre, bru
<input type="checkbox"/>	frère, soeur
<input type="checkbox"/>	père, mère
<input type="checkbox"/>	neveu (3e degré)
<input type="checkbox"/>	neveu (4e degré)
<input type="checkbox"/>	beau-frère, belle soeur
<input type="checkbox"/>	beau fils, belle fille
<input type="checkbox"/>	arrière-petit-fils, arrière-petite-fille
<input type="checkbox"/>	oncle, tante
<input type="checkbox"/>	beau-père, belle-mère
<input type="checkbox"/>	grand-père, grand mère
<input type="checkbox"/>	comaternité
<input type="checkbox"/>	autre

## 4.1 Avez-vous des enfants à charge ?

[Infobulle pour enfants à charge]

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants de moins de 25 ans pour lesquels :

- Soit vous percevez des allocations familiales
- Soit vous payez une rente alimentaire
- Soit vous percevez une rente alimentaire
- Soit vous accueillez cet enfant en garde alternée

Oui  Non

Si oui :

Nom :  Prénom :

Date naissance :

je perçois des allocations familiales pour cet enfant \*

je paie une pension alimentaire pour cet enfant \*

je reçois une pension alimentaire pour cet enfant\*

J'accueille cet enfant en garde alternée \*

\* Vous devrez donner la preuve à l'aide d'un justificatif (extrait de compte du paiement, jugement...).

Avez-vous un autre enfant à charge ?

Oui  Non

Si oui

Nom :  Prénom :

Date naissance :



je perçois des allocations familiales pour cet enfant \*

je paie une pension alimentaire pour cet enfant \*

je reçois une pension alimentaire pour cet enfant\*

J'accueille cet enfant en garde alternée \*

\* Vous devrez donner la preuve à l'aide d'un justificatif (extrait de compte du paiement, jugement...).

Avez-vous un autre enfant à charge ?

Nom :  Prénom :

Date naissance :

je perçois des allocations familiales pour cet enfant \*

je paie une pension alimentaire pour cet enfant \*

je reçois une pension alimentaire pour cet enfant\*

J'accueille cet enfant en garde alternée \*

\* Vous devrez donner la preuve à l'aide d'un justificatif (extrait de compte du paiement, jugement...).

## 4.2 Séjour en institution, établissement de soins ou maison de repos

Séjournez-vous dans une institution, un établissement de soins ou une maison de repos dans lequel vous n'êtes pas domicilié ?

Oui  Non

Si oui est sélectionné

Veuillez compléter ci-dessous les données de l'institution, établissement ou maison de repos.

Depuis quand y séjournez-vous ?

(jj/mm/aaaa)

Nom de l'institution, de l'établissement de soins ou maison de repos

Pays

Code postal

Commune

Rue

Numéro

E-mail

Téléphone fixe

\* Vous devez fournir une pièce justificative: (attestation de la maison de repos ou de soin)

## 5 Les revenus

### 5.1 Revenus de propriétés

5.1.1 Moi et/ou mon partenaire/conjoint sommes propriétaires ou usufruitiers

Oui  Non

5.1.2 Moi et/ou mon partenaire/conjoint avons vendu ou effectué une donation d'une ou de propriété(s) au cours de ces 10 dernières années.

Oui, et nous avons effectué une donation

Oui et nous avons perçu l'argent de la vente en capital\*

Oui mais l'argent de la vente a été réinvesti totalement ou en partie dans l'achat d'une nouvelle propriété, des travaux de construction ou une rénovation ou a servi aux remboursements d'une dette antérieure à cette vente\* .

Non

*\*Vous devez fournir les copies des documents justificatifs : acte de vente, acte d'achat, factures concernant les travaux, remboursement de dettes (via déclaration du notaire) ....*

5.1.3 Moi et/ou mon partenaire/conjoint avons vendu une ou plusieurs propriété(s) en vente viagère.

Oui\*  Non

*\*Si oui, vous devez nous fournir copie de l'acte ou des actes de vente.*

### 5.2 Épargne et placements

[Infobulle pour placements] Compte d'épargne et placement, actions et obligations en banque...

5.2.1 Moi et/ou mon partenaire/conjoint avons de l'argent épargné ou placé

Non

Oui\*

\* Vous devez fournir les copies des documents justifiant cette épargne ou placement (extraits de compte par exemple)

5.2.2 Moi et/ou mon partenaire/conjoint avons vendu ou effectué une donation des placements au cours de ces 10 dernières années.

Oui\*  Non

\*Vous devez fournir les copies des documents justificatifs : copie d'acte notarié,...

5.2.3 Moi et/ou mon partenaire/conjoint avons bénéficié ou bénéficions d'une assurance-vie

Oui\*  Non

\*Vous devez fournir les copies des documents justificatifs (extraits de compte, ...)

5.2.4 Moi et/ou mon partenaire/conjoint avons bénéficié ou bénéficions d'une assurance-groupe

Oui\*  Non

\*Vous devez fournir les copies des documents justificatifs (extrait de compte, ...)

### 5.3 Vos revenus actuels

Quels sont vos revenus actuels ? Plusieurs choix sont possibles.

- Traitement ou salaire
- Revenus d'indépendant
- Pension
- Pension étrangère

Si coché

Pays : .....

Je touche ma pension :

- mensuellement
- trimestriellement
- annuellement

Touchez-vous une autre pension étrangère ?

- Oui     Non

**Si oui**

Pays :.....

Je touche ma pension :

- mensuellement
- trimestriellement
- annuellement

Touchez-vous une autre pension étrangère ?

- Oui     Non

- Accident de travail
- Maladie professionnelle
- Rente alimentaire
- Indemnité victime de guerre
- Garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA)
- Allocation aux personnes handicapées
- Revenu d'intégration sociale, aide du CPAS
- Aucun

**Si sélectionné**

Quels sont vos moyens d'existence ?

- Autre revenu :

5.3.1 Sur ces 2 dernières années, une partie de vos revenus a-t-elle disparu, augmenté ou diminué ?

Oui  Non

Si oui

De quels revenus s'agit-il ?

Depuis quand ont-ils été modifiés ?

 (jj/mm/aaaa)

D'autres revenus sont-ils concernés ?

Oui  Non

Si oui, possibilité d'ajouter d'autres revenus

De quels revenus s'agit-il ?

Depuis quand ont-ils été modifiés ?

 (jj/mm/aaaa)

5.3.2 Avez-vous demandé une prestation et votre demande est-elle encore actuellement en traitement ?

[Infobulle de prestation] : Rente, pension de survie, pension étrangère, GRAPA, allocation, etc

Oui  Non

Si oui,

Quelle prestation avez-vous demandée ?

Après de quel organisme avez-vous effectué la demande ?

Une autre prestation est-elle concernée ?

Oui  Non

Possibilité d'ajouter une autre prestation

Quelle prestation avez-vous demandée ?

Après de quel organisme avez-vous effectué la demande ?

### 5.3.3 Indemnisation à la suite d'un accident

*Infobulle pour accident : Accident de droit commun (accident de roulage, agression ...)*

Avez-vous reçu une indemnisation suite à un accident ?

Oui  Non

Y a-t-il une demande d'indemnisation d'accident en cours ?

Oui  Non

## 5.4 Quels sont les revenus actuels de votre partenaire ?

Votre partenaire est :

[Nom Prénom Date de naissance] du partenaire choisi dans la composition familiale

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Veillez sélectionner ci-dessous les revenus actuels de votre partenaire. Plusieurs choix sont possibles.

- Traitement ou salaire
- Revenus d'indépendant
- Indemnité de maladie ou d'invalidité (mutuelle)
- Allocations de chômage
- Pension
- Pension étrangère

Si coché

Pays :.....

Votre partenaire touche sa pension :

- mensuellement
- trimestriellement
- annuellement

Touche-t-il/elle une autre pension étrangère ?

Oui  Non

**Si oui**

Pays :.....

Votre partenaire touche sa pension :

- mensuellement
- trimestriellement
- annuellement

Touche-t-il/elle une autre pension étrangère ?

Oui  Non

- Accident de travail
- Maladie professionnelle
- Rente alimentaire
- Indemnité victime de guerre
- Garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA)
- Allocation aux personnes handicapées
- Revenu d'intégration sociale, aide du CPAS
- Aucun

**Si sélectionné**

Quels sont ses moyens d'existence ?

Autre revenu :



5.4.1 Sur ces 2 dernières années, une partie des revenus de votre partenaire a-t-elle disparu, augmenté ou diminué?

Oui  Non

Si oui

De quels revenus s'agit-il ?

Depuis quand ont-ils été modifiés ?

 (jj/mm/aaaa)

D'autres revenus sont-ils concernés ?

Oui  Non

Si oui, possibilité d'ajouter d'autres revenus

De quels revenus s'agit-il ?

Depuis quand ont-ils modifiés ?

 (jj/mm/aaaa)

5.4.2 Votre partenaire a-t-il(elle) introduit une demande de prestation et cette demande est-elle encore actuellement en traitement ?

[Infobulle de prestation] : Rente, pension de survie, pension étrangère, GRAPA, allocation, etc

Oui  Non

Si oui

Quelle prestation est demandée ?

Après de quel organisme la demande a-t-elle été effectuée ?

Possibilité d'ajouter une autre prestation

5.4.3 Indemnisation à la suite d'un accident

[Infobulle pour accident] : Accident de droit commun (accident de roulage, agression ...)

Votre partenaire a-t-il/elle reçu une indemnisation suite à un accident ?

Oui  Non

Y a-t-il une demande d'indemnisation d'accident en cours pour votre partenaire?

Oui  Non

## 6 Votre perception de votre perte d'autonomie

Pour l'attribution d'une allocation d'aide aux personnes âgées, nous examinons les répercussions de votre perte d'autonomie sur vos activités quotidiennes. Nous vous invitons à répondre aux questions concernant vos capacités à

- Vous déplacer
- Vous préparer à manger et vous alimenter
- Prendre soin de vous et vous habiller
- Entretien de votre maison et faire les tâches ménagères
- Évaluer les dangers et les éviter
- Entretien des contacts avec d'autres personnes

### 6.1 Vous déplacer à l'intérieur et à l'extérieur de la maison

*[Infobulle Vous déplacer]*

Afin de vous aider, nous vous donnons ci-dessous quelques exemples :

#### **N'avoir aucune difficulté**

C'est par exemple :

- monter et descendre un escalier pour accéder à un autre étage, et ce sans aide.
- marcher au moins un kilomètre sur terrain plat, sans aide et sans grand risque de chutes.
- vous orienter en dehors de votre logement, dans le village ou la ville et retrouver votre chemin ou vous pouvez demander le chemin.

#### **Avoir des difficultés minimales**

C'est par exemple :

- monter et descendre quelques marches de l'escalier sans aide. Ou vous avez besoin de l'aide de quelqu'un pour monter et descendre l'escalier, ou vous avez besoin d'un aménagement tel qu'une double rampe.
- marcher au moins 100 mètres sur terrain plat, éventuellement aidé d'une canne ou de béquilles.
- vous orienter dans les environs immédiats de votre logement.

#### **Avoir de grandes difficultés**

C'est par exemple :

- monter et descendre l'escalier avec l'aide de quelqu'un.
- vous déplacer dans votre logement, tant que vous restez au même étage.
- vous orienter dans votre logement, tant que vous restez au même étage.

#### **Impossibilité de se déplacer sans l'aide de tiers**

Vous avez besoin en permanence de l'aide de quelqu'un ou d'une aide technique pour marcher ou vous orienter, changer de position, même dans votre propre logement.

*Veillez nous préciser le type d'aide.  
Voici quelques exemples :*

- *une personne (infirmière, aide-familiale ...)*
- *un monte-escalier*
- *une double rampe*
- *des points d'appui à différents endroits dans le logement pour pouvoir vous déplacer sans faire de chute.*
- *béquille(s)*
- *un déambulateur, un cadre de marche*
- *voiturette*

### A compléter (cochez les cases) :

**Vous déplacer à l'intérieur et à l'extérieur de la maison \***

**i Informations complémentaires**

Au cours des 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous rencontrées pour marcher seul sans l'aide de qui que ce soit et sur terrain plat, sans vous arrêter et à un rythme normal ?

- Aucune difficulté
- Difficultés mineures
- Grandes difficultés
- Impossibilité sans l'aide de tiers

Au cours des 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous rencontrées pour monter les escaliers, pour éviter un obstacle ou garder votre équilibre ?

- Aucune difficulté
- Difficultés mineures
- Grandes difficultés
- Impossibilité sans l'aide de tiers

Au cours des 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous éprouvées pour trouver votre chemin tout seul sans l'aide de quelqu'un d'autre ?

- Aucune difficulté
- Difficultés mineures
- Grandes difficultés
- Impossibilité sans l'aide de tiers

**Si impossibilité sans l'aide de tiers,**

**Décrivez le type d'aide qui vous est nécessaire :**

## 6.2 Cuisiner et s'alimenter

Afin de vous aider, nous vous donnons ci-dessous quelques exemples :

### **N'avoir aucune difficulté**

C'est par exemple :

- rédiger une liste des courses, gérer vos provisions, déterminer les produits dont vous avez besoin, vérifier et comprendre la date limite de conservation, évaluer les prix, payer les courses
- préparer vous-même un repas chaud ou garnir vos tartines.
- manger et boire seul(e) sans difficulté.

### **Avoir des difficultés minimales**

- réchauffer un repas qui est déjà préparé, éventuellement en étant assis(e).
- pouvoir difficilement manger et boire seul(e).

### **Avoir de grandes difficultés**

C'est par exemple :

- manger seul(e) si l'on vous aide en servant votre repas, en coupant les aliments,
- boire seul(e) si vous disposez éventuellement d'une aide telle qu'un gobelet avec bec verseur.

### **Impossibilité de cuisiner et de s'alimenter sans l'aide de tiers**

Vous ne parvenez pas à manger et boire seul(e).

Veillez nous préciser le type d'aide.

Voici quelques exemples :

- Besoin d'ustensiles adaptés
- Suivre des régimes stricts
- Consommer des aliments mixés ou liquides
- Utiliser une sonde gastrique
- Une personne (infirmière, aide-familiale ...)

## A compléter (cochez les cases) :

### Cuisiner et s'alimenter \*

 Informations complémentaires

Au cours des 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous éprouvées pour faire des courses, pour cuisiner ou pour manger seul ?

- Aucune difficulté
- Difficultés mineures
- Grandes difficultés
- Impossibilité sans l'aide de tiers

Si impossibilité sans l'aide de tiers,

Décrivez le type d'aide qui vous est nécessaire :

### 6.3 Vous laver et vous habiller

Afin de vous aider, nous vous donnons ci-dessous quelques exemples :

#### **N'avoir aucune difficulté**

C'est par exemple :

- vous habiller et vous déshabiller seul (e ),
- vous laver seul(e),
- enfiler vos bas, vos chaussettes vous-même,
- couper vos ongles vous-même,
- se rendre seul (e ) aux toilettes,
- ne pas être victime d'incontinence sauf éventuellement quelques légères pertes urinaires.

#### **Avoir des difficultés minimales**

C'est par exemple :

- avoir besoin d'une assistance limitée pour laver vos pieds, couper vos ongles...
- utiliser un enfile bas/chaussettes,
- fixer ou retirer vous-même une prothèse des membres inférieurs si vous en avez une,
- se laver en position assise,
- utiliser des toilettes adaptées,
- ne pas être victime d'incontinence fécale.

#### **Avoir de grandes difficultés**

C'est par exemple :

- ne pas pouvoir aller seul(e) aux toilettes, même si celles-ci ont fait l'objet d'aménagements,
- pouvoir s'installer et se relever seul(e) sur la lunette des toilettes,
- être victime d'incontinence, tant urinaire que fécale,
- porter des protection (langes).

#### **Impossibilité de se laver et de s'habiller sans aide**

C'est par exemple :

- être entièrement dépendant de l'aide d'une personne pour s'habiller et se laver,

- être incontinent(e),
- porter des protections (langes) et avoir besoin d'aide pour les changer.

Veuillez nous préciser le type d'aide.  
Voici quelques exemples :

- Un enfile bas/chaussettes
- Des toilettes adaptées
- Une chaise-douche
- Un siège élévateur pour baignoire
- Une personne (infirmière, aide-familiale ...)

**A compléter (cochez les cases) :**

**Vous laver et vous habiller \***

 Informations complémentaires

Au cours de ces 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous éprouvées pour vous habiller et vous déshabiller ?

- Aucune difficulté
- Difficultés mineures
- Grandes difficultés
- Impossibilité sans l'aide de tiers

Décrivez le type d'aide qui vous est nécessaire \*

Au cours de ces 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous éprouvées pour utiliser les toilettes ?

- Aucune difficulté
- Difficultés mineures
- Grandes difficultés
- Impossibilité sans l'aide de tiers

Décrivez le type d'aide qui vous est nécessaire \*

Si impossibilité sans l'aide de tiers,

Décrivez le type d'aide qui vous est nécessaire :

## 6.4 Entretien votre maison

Afin de vous aider, nous vous donnons ci-dessous quelques exemples :

### **N'avoir aucune difficulté**

C'est par exemple :

- effectuer toutes les tâches ménagères (poussières, balayer),
- effectuer des travaux simples d'entretien (par exemple recoudre un bouton, remplacer une ampoule...),
- effectuer de petits travaux de jardinage tels que tondre le gazon,
- faire appel à un corps de métier en cas de besoin (par exemple un plombier)

### **Avoir des difficultés minimales**

C'est par exemple :

- faire la vaisselle,
- épousseter, balayer, ranger,
- faire un lit,
- faire une petite lessive à la main.

### **Avoir de grandes difficultés**

C'est par exemple :

- épousseter et ranger tant que cela reste à votre hauteur.

### **Impossibilité d'entretenir un logement sans l'aide de tiers**

Vous êtes totalement incapable de faire le ménage.

Veuillez nous préciser le type d'aide.

Voici quelques exemples :

- Aide d'une personne plusieurs fois par semaine pour nettoyer le sol
- Aide très fréquente d'une personne pour effectuer les activités ménagères
- Aide d'une personne plusieurs fois par jour pour effectuer toutes les tâches ménagères



A compléter (cochez les cases) :

### Entretenir votre maison \*

 Informations complémentaires

Au cours des 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous eues pour vous occuper de l'entretien de votre maison ?

- Aucune difficulté
- Difficultés mineures
- Grandes difficultés
- Impossibilité sans l'aide de tiers

Si impossibilité sans l'aide de tiers,

Décrivez le type d'aide qui vous est nécessaire :

## 6.5 Surveillance

Afin de vous aider, nous vous donnons ci-dessous quelques exemples :

### **N'avoir aucune difficulté**

C'est par exemple :

- mener une vie en toute autonomie,
- savoir, en cas de danger, quelle décision adéquate prendre,
- gérer ses biens de manière autonome.

### **Avoir des difficultés minimales**

C'est par exemple :

- vivre seul(e) mais gérer des situations inattendues, avec ou sans surveillance temporaire.

### **Avoir de grandes difficultés**

C'est par exemple :

- vivre seul(e) mais gérer des situations inattendues avec une surveillance quotidienne mais non permanente.

### **Impossibilité sans l'aide de tiers**

Vous avez besoin d'une surveillance constante.

Veillez nous préciser le type d'aide.

Voici quelques exemples :

- Surveillance exercée par une personne durant quelques heures par semaine
- Surveillance exercée par une personne durant quelques heures par jour
- Besoin d'une surveillance constante
- Vous avez un administrateur

### **A compléter (cochez les cases) :**

**Surveillance \***

[Informations complémentaires](#)

Au cours des 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous éprouvées pour faire face seul à des situations nouvelles et inattendues ? Par exemple : pouvoir soi-même évaluer un danger et pouvoir l'éviter.

Aucune difficulté

Difficultés mineures

Grandes difficultés

Impossibilité sans l'aide de tiers

Au cours des 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous eues pour vivre seul, gérer seul vos biens et prendre seul soin de votre santé comme suivre votre traitement, prendre vos médicaments ?

Aucune difficulté

Difficultés mineures

Grandes difficultés

Impossibilité sans l'aide de tiers

**Si impossibilité sans l'aide de tiers,**

Décrivez le type d'aide qui vous est nécessaire :

## 6.6 Communiquer avec les autres

Afin de vous aider, nous vous donnons ci-dessous quelques exemples :

### **N'avoir aucune difficulté**

C'est par exemple :

- pouvoir établir et maintenir des contacts, même avec une personne inconnue,
- comprendre les codes sociaux,
- avoir une bonne vision, éventuellement à l'aide de lunettes,
- avoir une bonne ouïe, éventuellement à l'aide d'un appareil auditif,
- pouvoir s'exprimer oralement ou par écrit,
- comprendre ce qui est dit ou écrit.

### **Avoir des difficultés minimales**

C'est par exemple :

- avoir des contacts avec sa famille,
- avoir des problèmes d'audition,
- comprendre difficilement quelqu'un qui se trouve à une distance normale de vous,
- avoir des problèmes de vue, des difficultés pour lire des livres, articles en petits caractères.

### **Avoir de grandes difficultés**

C'est par exemple :

- d'avoir encore des contacts avec des connaissances et amis,
- avoir des problèmes d'audition,
- comprendre les autres en utilisant la lecture labiale ou la langue des signes,
- avoir des problèmes de vue, lire un texte en Braille ou reconnaître une personne qui se tient à courte distance.

### **Impossibilité de communiquer sans l'aide de tiers**

- être aveugle ou sourd.
- avoir besoin de l'aide d'une personne pour communiquer ou établir des contacts

Veuillez nous préciser le type d'aide.

Voici quelques exemples :

- Appareils auditifs
- Implant cochléaire
- Réglette Braille
- Ecran-loupe
- Une personne

## A compléter (cochez les cases) :

### Communiquer avec les autres \*

#### Informations complémentaires

Au cours des 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous eues pour créer et entretenir une relation avec une personne inconnue et pouvoir exprimer vos besoins et vos émotions ?

- Aucune difficulté
- Difficultés mineures
- Grandes difficultés
- Impossibilité sans l'aide de tiers

Au cours des 30 derniers jours, quelles difficultés avez-vous éprouvées pour voir quelqu'un d'autre, entendre et comprendre ?

- Aucune difficulté
- Difficultés mineures
- Grandes difficultés
- Impossibilité sans l'aide de tiers

**Si impossibilité sans l'aide de tiers,**

Décrivez le type d'aide qui vous est nécessaire :

## 6.7 Informations complémentaires sur les conséquences de votre perte d'autonomie

Vous pensez à autre chose que vous ne faites plus en raison de votre état de santé ? Cela influence votre bien-être et ce n'est pas repris dans ce questionnaire ?

Si vous n'avez jamais réalisé une tâche décrite par exemple dans les tâches ménagères, il ne s'agit pas d'un problème lié à votre perte de capacité. Vous devez vous référer à ce qu'en moyenne une personne de la même catégorie d'âge peut faire.

Décrivez avec vos propres mots quelles sont les conséquences de votre perte d'autonomie sur vos activités quotidiennes.

Décrivez le type d'aide qui vous est nécessaire :

## 7 Clôture

### 7.1 Qui vous a aidé à compléter ce questionnaire ?

Le menu déroulant comporte les choix possibles suivants :

- Personne
- Collaborateur de l'administration communale ou du CPAS
- Collaborateur de la caisse auxiliaire de l'assurance maladie invalidité (CAAMI)
- Collaborateur des mutualités socialistes SOLIDARIS
- Collaborateur des mutualités chrétiennes
- Collaborateur des Mutualités Libres
- Collaborateur des mutualités libérales
- Collaborateur des mutualités neutres
- Collaborateur HR Rail
- Collaborateur du SPF Sécurité Sociale
- Travailleur social d'un service social autre que ceux mentionnés ci-dessus
- Un membre de la famille
- Une personne de l'entourage (ami, voisin, connaissance)
- Quelqu'un d'autre

### 7.2 Accord

Je confirme que les données introduites sont conformes et sincères.

Envoyer

Merci d'avoir complété le questionnaire !

#### 7.2.1 Merci d'avoir complété ce formulaire

Les prochaines étapes lorsque vous aurez poussé sur le bouton "Soumettre officiellement" sont les suivantes :

1. Nous vous invitons à télécharger le formulaire médical sur Wal-protect et à le transmettre au médecin que vous avez désigné afin qu'il le complète et le renvoie dans les plus brefs délais au service médical du service APA de votre mutualité.
2. **En parallèle, le service APA de votre mutualité informera votre médecin de votre demande, lui transmettra le document, et lui demandera de renvoyer le questionnaire médical complété.**
3. Dès réception des informations de votre médecin, votre dossier médical sera examiné par le service médical APA de votre mutualité. S'il est complet, la procédure d'examen de votre demande d'allocation se poursuit. Sinon, il se peut que des informations complémentaires vous soient demandées.
4. Nous prendrons contact directement avec les organisations ou personnes qui ont quelque chose à voir avec votre questionnaire. Il peut s'agir d'informations financières ou médicales.
5. La décision d'accord ou de refus vous sera notifiée par courrier une fois le dossier complet et traité. La durée de traitement de votre dossier peut prendre plusieurs mois.
6. Vous pouvez à tout moment suivre l'évolution du statut de votre dossier sur le portail public de l'APA.

**Pour toute question ou information complémentaire, contactez-nous** au moyen du formulaire de contact disponible sur Wal-protect.

Notes: