

Überblick der Fragen für den Antrag auf Beihilfe und Feststellung der Behinderung

In dieser Übersicht finden Sie alle Fragen aus dem Online-Fragebogen in Mein Handicap.

Abhängig von den gegebenen Antworten können einige Fragen nicht sichtbar sein.

Dieser Fragebogen ist als Hilfsmittel für Bürger und Sozialarbeiter gedacht. Das Papierformular gilt nicht als Antragsverfahren. Der Antrag kann nur online über My Handicap verschickt werden.

Bitte füllen Sie nachstehende Fragen möglichst vollständig und genau aus.

2. Persönliche Daten

Nationalregisternummer:

Vorname:

Name:

Postleitzahl:

Gemeinde:

Straße:

Nummer:

Postfach:

2.1. Sind Sie in einer Einrichtung untergebracht?

Ja (Geben Sie die Kontaktdaten ein)

Nein

2.2. Weicht Ihre Wohnadresse von Ihrer offiziellen Adresse ab?

Ja (Geben Sie die Adresse ein)

Nein

2.3. Haben Sie einen gesetzlichen Verwalter?

Ja (Geben Sie die Kontaktdaten ein)

Nein

2.4. Koordinaten Ihrer Kontaktperson

Vorname:

Name:

Postleitzahl:

Gemeinde:

Straße:

Hausnummer:

Postfach:

Mobilnummer (PFLICHTFELD):

E-Mail-Adresse (PFLICHTFELD):

2.5. Daten des behandelnden Arztes

Vorname:

Name:

Postleitzahl:

Gemeinde:

Straße:

Hausnummer:

Postfach:

Telefonnummer:

2.6. Sind Sie Opfer eines von dem belgischen Staat anerkannten Terroranschlags?

Ja (Bitte spezifizieren Sie)

Nein

3. Familiensituation

3.1. Leben Sie mit einer anderen Person zusammen?

Ja (Geben Sie die Kontaktdaten an + Startdatum ein)

Nein

3.2. Haben Sie Kinder zu Lasten?

Ja Nein

(Wenn der FÖD Soziale Sicherheit Sie darum bittet, müssen Sie den Nachweis über den Bezug von Kindergeld/Alimente vorlegen.)

Ich bekomme Familienbeihilfe oder erhöhte Familienbeihilfe

Ja Nein

Ich erhalte Unterhaltsleistungen für meine Kinder

Ja Nein

Ich zahle Unterhaltsleistungen für meine Kinder

Ja Nein

4. Ihr Einkommen

4.1. Wie viel beträgt Ihr derzeitiges Einkommen?

Ich habe kein derzeitiges Einkommen

Ich habe ein derzeitiges Einkommen

4.2. Ist Ihr Einkommen in 2021-2022 weggefallen und nicht ersetzt worden?

Ja (Angabe der Einkommensart + Änderungsdatum)

Nein

4.3. Hat sich Ihr Ersatzeinkommen in 2021-2022 aufgrund einer Änderung Ihrer Haushaltszusammensetzung, Ihres Familienstandes oder der Anzahl Kinder zu Lasten verändert?

Ja (Angabe der Einkommensart + Änderungsdatum)

Nein

4.4. Haben Sie bei einer anderen Stelle einen Antrag auf Leistungen (Krankengeld, Erwerbsunfähigkeitsleistungen, Arbeitslosengeld,) gestellt der noch bearbeitet wird?

Ja (bitte präzisieren Sie)

Nein

4.5. Haben Sie eine Entschädigung von einer Versicherungsgesellschaft zu erhalten (Entschädigung) oder laufen derzeit Untersuchungen, um eine Entschädigung zur erhalten?

Ja (bitte präzisieren Sie)

Nein

4.6. Zahlungsinformationen

Was ist die Nummer Ihres Sichtkontos (Sparkonto ist nicht erlaubt), worauf wir etwaige Zahlungen überweisen dürfen? Achtung: Sie müssen Inhaber oder mindestens Mitinhaber dieses Kontos sein.

IBAN (BE#####)

5. Einkommen von

5.1. Wie hoch ist das derzeitige Einkommen der Person, mit der sie zusammenleben?

Er/sie hat kein derzeitiges Einkommen

Er/sie hat ein derzeitiges Einkommen

Bitte geben Sie an um welche Einkünfte es sich handelt. Mehrere Antworten sind möglich.

- ☐ Lohn oder Gehalt
- ☐ Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit
- ☐ Kranken- und Invaliditätsgeld (Krankenkasse)
- ☐ Eingliederungseinkommen (ÖSHZ)
- ☐ Arbeitslosengeld
- ☐ Rente
- ☐ Entschädigung bei Arbeitsunfall
- ☐ Entschädigung bei Berufskrankheit
- ☐ Alimente
- ☐ Andere

5.2. Ist das Einkommen der Person, mit der Sie zusammenleben, in 2021-2022 weggefallen und nicht ersetzt worden?

Ja Nein

Welche Einkünfte sind weggefallen?

Seit wann sind diese weggefallen? (dd/mm/yyyy)

5.3. Hat sich das Einkommen der Person, mit der Sie zusammenleben, in 2021-2022 aufgrund einer Änderung der Familienzusammensetzung des Familienstandes oder der Anzahl der Kinder zu Lasten verändert?

Ja

Nein (bitte präzisieren Sie)

5.4. Hat die Person mit der Sie leben, bereits einen Antrag auf Leistungen (Krankheit und Invalidität, Arbeitslosengeld,...) gestellt, und ist dieser Antrag noch in Bearbeitung?

Ja Nein

Welche Entschädigung wurde beantragt?

Welche Instanz wird diese Entschädigung bezahlen?

6. Ausbildung

6.1. Absolvieren Sie derzeit eine Ausbildung?

Ja (Bitte präzisieren Sie)

Nein

6.2. Bitte geben Sie Ihren höchsten Studienabschluss an und präzisieren Sie:

- ☐ Sekundarschulausbildung
- ☐ Höhere Schulausbildung
- ☐ Sonderpädagogische Sekundarschule (Förderschulen)
- ☐ Teilzeitausbildung
- ☐ Bildung auf dem zweiten Bildungsweg
- ☐ Sonstige Ausbildung
- ☐ Keiner dieser Abschlüsse

7. Arbeit

7.1. Arbeiten Sie zurzeit?

Ja (bitte präzisieren Sie)

Nein

7.2. Gibt es eine Organisation, die Sie dabei unterstützt, Ihren derzeitigen Arbeitsplatz zu behalten oder einen neuen zu finden?

Ja (bitte präzisieren Sie)

Nein

BITTE BEGRÜNDEN SIE AB PUNKT 8 IHRE ANTWORTEN AUSFÜHRLICH.

8. Alltagsaktivitäten

8.1. Sich fortbewegen

Bitte kreuzen Sie an:

- ☐ Ich kann alle Aktivitäten ohne Schwierigkeiten ausführen
- ☐ Ich kann einige Aktivitäten ausführen mit Schwierigkeiten
- ☐ Ich kann keine einzige Tätigkeit ausüben

Aktivitäten mit Schwierigkeiten (bitte kreuzen Sie an und **präzisieren** Sie:

Aufstehen von einem Stuhl

- ☐ Die Treppe rauf und runtergehen
- ☐ Sich in vertrauter Umgeben zurechtfinden: sowohl im Innen- als auch im Außenbereich
- ☐ Sich in einer unbekannten Umgebung zurechtfinden
- ☐ Gehen (bitte kreuzen Sie an)
 - *meine Gehstrecke ist mäßig eingeschränkt (z.B. einige Einkaufsstraßen)
 - *meine Gehstrecke ist sehr begrenzt (weniger als 100 Meter)
 - *ich muss in einer ungewohnten Umgebung begleitet werden
 - *ich muss immer begleitet werden, auch in vertrauter Umgebung
- ☐ Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel
- ☐ Selbstständiges Fahren mit Auto, Motorrad, Fahrrad

Brauchen Sie Hilfsmittel/Unterstützung für die Durchführung der oben genannten Tätigkeiten?

Ja

Nein

Geben Sie an, welche Hilfsmittel Sie benötigen (bitte KREUZEN SIE AN)

- ☐ Unterstützende Fachleute, wie Rehabilitationszentrum, Familienhilfe, Zentrale für mobilitätsbehinderte Personen, ...
- ☐ Unterstützung durch Familie/Freunde wie: Eltern, Partner, ...
- ☐ Unterstützung in der Umgebung wie: angepasste Beleuchtung, klare Anweisungen im Gebäude

- Physische Hilfsmittel wie: Rollstuhl, Rollator, Gehhilfe, Treppenlift, orthopädische Schuhe, persönliches Alarmsystem, Taxi, ...

8.2. Einkaufen, Kochen und Essen

- Ich kann alle Aktivitäten ohne Schwierigkeiten ausführen
- Ich kann einige Aktivitäten ausführen mit Schwierigkeiten
- Ich kann keine einzige Tätigkeit ausüben

Aktivitäten mit Schwierigkeiten (bitte kreuzen Sie an und PRÄZISIEREN SIE)

- Kleine Lebensmitteleinkäufe erledigen: Einkaufsliste erstellen, Brot kaufen, bezahlen
- Großeinkauf: Wasserflaschen kaufen
- Zubereitung von Mahlzeiten: Brotmahlzeit vorbereiten, Mahlzeiten aufwärmen, Gemüse schneiden, Essen liefern lassen...
- Einnahme der Mahlzeit: nur mit dem Löffel essen, Essen nicht selbst zerkleinern können, Schluckbeschwerden

Brauchen Sie Hilfsmittel/Unterstützung für die Durchführung der oben genannten Tätigkeiten?

Ja (präzisieren Sie)

Nein

Geben Sie an, welche Hilfsmittel/Unterstützung Sie benötigen

- Unterstützung durch Fachleute wie Familienhilfe, Lieferung von Mahlzeiten nach Hause
- Unterstützung durch Familie/Freunde, z.B. Nachbar liefert Lebensmittel ins Haus, Partner macht Einkaufsliste, Mutter schneidet Essen in kleine Stücke
- Unterstützung in der Umgebung wie z.B. ein rollstuhlgerechtes Geschäft, nur in Geschäften einkaufen, deren Struktur ich kenne, keine Hintergrundgeräusche, angepasste Küche
- Körperliche Hilfsmittel wie sprechende Waage, Stehhilfen, Hörgeräte, Sonden Ernährung, Einkaufstrolley, Stufenplan, Trinkbecher, angepasstes Besteck.

8.3. Persönliche Hygiene

- Ich kann alle Aktivitäten ohne Schwierigkeiten ausführen
- Ich kann einige Aktivitäten ausführen mit Schwierigkeiten
- Ich kann keine einzige Tätigkeit ausüben

Aktivitäten mit Schwierigkeiten (bitte kreuzen Sie an und PRÄZISIEREN SIE)

- Morgentoilette: Hände waschen, Zähne putzen, Haare kämmen, rasieren
- Duschen/Baden
- An- und Auskleiden: Kleidung auswählen, anziehen (Schnürsenkel binden, Knöpfe schließen)

- o Toilettengänge (Harnverlust, ...)
- o Sonderbehandlung: Stoma, langzeitige offene Wunde, Kanüle, ...

Brauchen Sie Hilfsmittel/Unterstützung für die Durchführung der oben genannten Tätigkeiten?

Ja (präzisieren Sie)

Nein

8.4. Hausarbeit

- o Ich kann alle Aktivitäten ohne Schwierigkeiten ausführen
- o Ich kann einige Aktivitäten ausführen mit Schwierigkeiten
- o Ich kann keine einzige Tätigkeit ausüben

Aktivitäten mit Schwierigkeiten (bitte kreuzen Sie an und PRÄZISIEREN SIE)

- o Tägliche Hausarbeit: Tisch decken, abräumen, abwaschen, Spülmaschine ausräumen, Staub wischen, Bett machen, Wäsche sortieren und zusammenlegen ...
- o Wichtige Aufgaben im Haushalt: Wischen, Staubsaugen, Bügeln, Rasenmähen, ...
- o Betreuung von Kindern: Hilfe bei den Hausaufgaben, Waschen und Anziehen, Spielen, Zubereiten von Essen, Beaufsichtigung usw.

Brauchen Sie Hilfsmittel/Unterstützung für die Durchführung der oben genannten Tätigkeiten?

Ja (präzisieren Sie)

Nein

8.5. Gefahren

- o Ich kann alle Aktivitäten ohne Schwierigkeiten ausführen
- o Ich kann einige Aktivitäten ausführen mit Schwierigkeiten
- o Ich kann keine einzige Tätigkeit ausüben

Aktivitäten mit Schwierigkeiten (bitte kreuzen Sie an und PRÄZISIEREN SIE)

- ☐ Erkennen von Gefahren: Erkennen, dass jemand Hilfe braucht, Erkennen eines Feuers, ...
- ☐ Reagieren bei Gefahr: Anrufen bei den Notdiensten, ...
- ☐ Papiere: Brief der Gemeinde verstehen, ...
- ☐ Geldverwaltung: Rechnungen bezahlen, ...
- ☐ Einnahme von Medikamenten: Vergessen, ...

Geben Sie an, wie oft Sie Betreuung benötigen

- ☐ Ich benötige keine Betreuung
- ☐ Ich brauche eine wöchentliche Betreuung, weil.....
- ☐ Ich muss täglich betreut werden, weil.....
- ☐ Ich kann täglich nur ein paar Stunden alleine bleiben, weil.....
- ☐ Ich kann nie allein gelassen werden, weil.....

Brauchen Sie Hilfsmittel/Unterstützung für die Durchführung der oben genannten Tätigkeiten?

Ja

Nein

Geben Sie an, welche Hilfsmittel/Unterstützung Sie benötigen

- ☐ Unterstützung durch Fachleute wie z.B. betreutes Wohnen, psychiatrische Heimhilfe, Haushaltsführung, Familienhilfe, Pflegeheim, Gebärdensprachdolmetscher, ...
- ☐ Unterstützung durch Familie/Freunde, z.B. Begleitung durch Partner, die Ehefrau bereitet die Medikamente vor, die Eltern übernehmen die Haushaltsführung, ...
- ☐ Unterstützung in der Umgebung wie z.B. angepasstes Licht, Blindenschrift, Post-its oder Heftchen als Erinnerung, usw....
- ☐ Physische Hilfsmittel wie Spracherkennungsgeräte, angepasste Smartphones, Hörgeräte, Pillendose, persönliches Alarmsystem, GPS-Tracer, ...

8.6. Soziale Kontakte

- ☐ Ich kann alle Aktivitäten ohne Schwierigkeiten ausführen
- ☐ Ich kann einige Aktivitäten ausführen mit Schwierigkeiten
- ☐ Ich kann keine einzige Tätigkeit ausüben

Aktivitäten mit Schwierigkeiten (bitte kreuzen Sie an und PRÄZISIEREN SIE)

- o Konversation und Beziehung zu Bekannten und Fremden: sich verständlich ausdrücken, den Gesprächspartner verstehen und angemessen antworten ...
- o Freizeit: Freunde treffen, kulturelle Ausflüge, Sport treiben, sich in andere hineinversetzen, ...

Brauchen Sie Hilfsmittel/Unterstützung für die Durchführung der oben genannten Tätigkeiten?

Ja (präzisieren Sie)

Nein

9. Vorrangige Akten

9.1. Erhalten Sie eine Chemo-, Strahlen- oder Immuntherapie und beeinträchtigt dies Ihren Allgemeinzustand und Ihr tägliches Leben stark?

Ja

Nein

9.2. Leiden Sie an einer schwerwiegenden und schnell fortschreitenden Krankheit, die Ihre Lebenserwartung stark verringert?

Ja (bitte präzisieren Sie)

Nein

10. Zum Schluss

10.1. Beschreiben Sie die größten Schwierigkeiten auf die Sie stoßen

10.2. Wer hat Ihnen bei der Antragstellung geholfen?

- o Niemand
- o Familie/Freunde/Bekannte
- o ÖSHZ
- o Gemeinde/Stadt
- o Christliche Krankenkasse
- o Neutrale Krankenkasse
- o Freie Krankenkasse
- o Sozialistische Krankenkasse
- o Liberale Krankenkasse
- o Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung (HKIV)
- o FÖD Soziale Sicherheit
- o Jemand anders

Wie läuft ein Antrag auf Beihilfe (mit medizinische Untersuchung) ab?

1) **Antrag oder Überprüfung**

Antrag einreichen oder eine Überprüfung einleiten.

Ihr behandelnder Arzt erhält einen Brief, in dem er aufgefordert wird, Ihre medizinischen Berichte zu übermitteln.

Sie erhalten eine Kopie dieses Schreibens.

Nehmen Sie telefonisch Kontakt mit Ihrem Hausarzt auf und frage Sie ihn, ob die medizinische Berichte übermittelt wurden.

2) **Medizinische Beurteilung**

Nach etwa **4 Monaten** können Sie von einem Mitarbeiter des medizinischen Zentrums vorgeladen werden.

Im medizinischem Zentrum werden wir in einem Gespräch und/oder mithilfe einer Untersuchung hinsichtlich Ihrer Schwierigkeiten, Ihren Alltag beurteilen.

3) **Haben Sie einen Antrag auf Beihilfe gestellt?**

Die Sachbearbeiter analysieren Ihre Haushaltszusammensetzung und Ihr Einkommen und entscheiden, ob Sie Anspruch auf Beihilfe haben oder nicht.

Wenn wir weitere Informationen benötigen, werden wir uns per Post mit Ihnen in Verbindung setzen.

Sobald wir wissen, worauf Sie Anspruch haben, werden wir Ihnen dies innerhalb von 2 Monaten per Post mitteilen.