




## Demande en obtention d'une mesure exceptionnelle pour le soutien intensif extrahospitalier en vue de garantir le maintien à domicile

 La présente page interactive nécessite au minimum la version 8.1.3 d'Adobe Acrobat® Reader®. La dernière version d'Adobe Acrobat Reader pour tous systèmes (Windows®, Mac, etc.) est téléchargeable gratuitement sur le site de [Adobe Systems Incorporated](https://www.adobe.com/fr/acrobat/reader-main.html).

### A. PARTIE ADMINISTRATIVE

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires

#### Renseignements concernant le demandeur d'aide

Nom\* :

Prénom\* :

Numéro de sécurité sociale (matricule)\* :

Rue et numéro\* :

Code postal et localité\* :

Téléphone / GSM :

E-mail :

Langue souhaitée pour le courrier :  Français  Allemand

#### Lieu de résidence (si différent de l'adresse légale)

Rue et numéro :

Code postal et localité :

#### Paielement

**En faveur du demandeur** Prière de joindre un relevé d'identité bancaire (RIB)

Titulaire du compte bancaire :

Institut bancaire :

Numéro de compte IBAN :

**En faveur du représentant légal** Prière de joindre un relevé d'identité bancaire

Titulaire du compte bancaire :

Institut bancaire :

Numéro de compte IBAN :

#### Demandeur incapable ou placé sous régime de protection

##### Renseignements concernant le tuteur / curateur

Tutelle

Curatelle

Sauvegarde de justice



Prière de joindre une procuration ou un jugement

Nom du tuteur\* :

Prénom\* :

Numéro de sécurité sociale (matricule)\* :

Rue et numéro\* :

Code postal et localité\* :

Téléphone / GSM :

E-mail :

### Renseignements concernant la personne de confiance

*(personne pouvant fournir des renseignements quant à la demande si le demandeur n'est pas en mesure de le faire)*

Nom\* :

Prénom\* :

Numéro de sécurité sociale (matricule)\* :

Rue et numéro\* :

Code postal et localité\* :

Téléphone / GSM :

E-mail :

Lien avec le demandeur\* :

## B. PARTIE MÉDICALE

Les champs marqués d'un \* sont obligatoires

*Cette partie est à remplir par le demandeur (ou la personne de confiance)  
et à faire accompagner par un rapport du médecin traitant.*

### Diagnostic de la maladie et traitements

Maladie principale\* :

Problèmes de santé associés\* :



Médicaments au long cours\* :

## C. PARTIE CONCERNANT L'ORGANISATION DE VOTRE PRISE EN CHARGE A DOMICILE

Veillez décrire de manière détaillée comment votre prise en charge est organisée pour assurer votre maintien à domicile à l'aide de la grille ci-dessous.

Si vous avez des remarques supplémentaires par rapport à votre prise en charge, veuillez les décrire à la case à la fin prévue à cet effet.

### Besoins couverts par les systèmes d'assistance sociale et de sécurité sociale

#### 1) Assurance maladie

Médicaments :  Oui  Non

Si **non-couverts**, lesquels ?

Dispositifs médicaux :  Oui  Non

Si **oui**, lesquels ?

#### 2) Allocations et aides financières

(Ministère de la Famille et de l'Intégration)

Revenu pour personnes gravement handicapées (RPGH)  Oui  Non

Fonds national de solidarité

Allocation spéciale pour personnes gravement handicapées (ALHAND)  Oui  Non

Fonds national de solidarité

Allocation spéciale supplémentaire pour enfants en situation de handicap (ASS)  Oui  Non

Zukunftskeess

Complément individuel en cas d'accueil en « service d'activités de jour »  Oui  Non

Aide aux frais de fonctionnement des gardes de nuit à domicile  Oui  Non

#### 3) Assurance dépendance

(Ministère de la Sécurité sociale)

Bénéficiaire de l'assurance dépendance  Oui  Non



**Aides et soins**

*(domaines de l'hygiène corporelle, de l'élimination, de la nutrition, de l'habillement et de la mobilité)*

Oui  Non

**Activités**

*(activités d'appui à l'indépendance, de maintien à domicile comme p.ex. garde individuelle ou garde en groupe, garde de nuit, etc.)*

Oui  Non

Si oui, veuillez préciser :

**Aides techniques**

*(p.ex. fauteuil roulant, aide à la communication, etc.)*

Oui  Non

Si oui, veuillez préciser :

**Adaptation du logement**

*(p.ex. la salle de bains)*

Oui  Non

Si oui, veuillez préciser :

**Autres prises en charge**

Si oui, veuillez préciser :

Oui  Non



## Intervenants dans votre prise en charge à domicile

(veuillez décrire la nature ainsi que la durée et la fréquence de leurs interventions)

### 1) Aidant informel

(sans lien contractuel / sans contrat de travail)

Est-ce qu'un aidant intervient dans la prise en charge ? (famille, entourage)

Oui  Non

Si **oui**, lesquels ?

A préciser

### NATURE DES INTERVENTIONS

**Hygiène**

Oui  Non

Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Elimination**

Oui  Non

Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Nutrition**

Oui  Non

Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Habillage**

Oui  Non

Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Mobilité**

Oui  Non

Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Soins infirmiers**

Oui  Non

Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Tâches  
domestiques**

Oui  Non

Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.



**Préparation repas**  Oui  Non

Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Achats / courses**  Oui  Non

Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Accompagnement  
chez le médecin**  Oui  Non

Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Surveillance  
durant la journée**  Oui  Non

Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Surveillance  
durant la nuit**  Oui  Non

Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Autres**  Oui  Non

Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

## 2) Aidant formel

(personnel engagé à titre privé / avec contrat de travail)

**Est-ce que vous avez engagé du personnel à titre privé ?**

Oui  Non

Si **oui**, lesquels ?

Veuillez préciser s'il s'agit de professionnels de santé et le degré de qualification.

**Si oui, veuillez aussi préciser le nombre d'heures du contrat de travail.**

## NATURE DES INTERVENTIONS

**Hygiène**  Oui  Non

Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Elimination**  Oui  Non

Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.



**Nutrition**

Oui  Non

Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Habillage**

Oui  Non

Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Mobilité**

Oui  Non

Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Soins infirmiers**

Oui  Non

Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Tâches  
domestiques**

Oui  Non

Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Préparation repas**

Oui  Non

Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Achats / courses**

Oui  Non

Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Accompagnement  
chez le médecin**

Oui  Non

Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Surveillance  
durant la journée**

Oui  Non

Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Surveillance  
durant la nuit**

Oui  Non

Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Autres**

Oui  Non

Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.



### 3) Réseau d'aides et de soins

Est-ce que vous avez un réseau d'aides et de soins qui intervient dans votre prise en charge à domicile ?  Oui  Non

Si **oui**, lesquels ?  
A préciser

#### NATURE DES INTERVENTIONS

**Hygiène**  Oui  Non Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Elimination**  Oui  Non Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Nutrition**  Oui  Non Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Habillage**  Oui  Non Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Mobilité**  Oui  Non Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Soins infirmiers**  Oui  Non Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Tâches domestiques**  Oui  Non Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.





**Achats / courses**  Oui  Non

Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Gardes à domicile**  Oui  Non

Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Gardes de nuit**  Oui  Non

Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Gardes en groupe  
au centre de jour**  Oui  Non

Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

**Autres**  Oui  Non

Si **oui**, veuillez indiquer la fréquence.

#### 4) Autres professionnels de santé

**Est-ce que vous avez d'autres professionnels de santé (p.ex. kinésithérapeute, infirmier, etc.) qui interviennent dans votre prise en charge à domicile ?**  Oui  Non

Si **oui**, le(s)quel(s) ?  
A préciser

**Veuillez préciser la nature de  
l'intervention ainsi que la  
durée et la fréquence**

#### 5) Associations

**Est-ce que vous avez recours à des services / interventions de certaines associations pour organiser votre prise en charge à domicile ?**  Oui  Non

Si **oui**, laquelle ?  
A préciser



**Veillez préciser la nature de l'intervention ainsi que la durée et la fréquence**

#### 6) Autres personnes / services fournissant des aides

**Est-ce que vous avez recours à d'autres personnes / services pour organiser votre prise en charge à domicile ?**  Oui  Non

Si **oui**, lesquels ?  
*A préciser*

**Veillez préciser la nature de l'intervention ainsi que la durée et la fréquence**



## Besoins non-couverts par les systèmes d'assistance sociale et de sécurité sociale

Uniquement le surplus de dépenses engendrées par votre maintien à domicile est pris en charge sur une base annuelle

Si votre maintien à domicile exige des dépenses non couvertes ou subventionnées par les systèmes d'assistance sociale et de sécurité sociale, **veuillez décrire la nature des besoins non-couverts et les montants des dépenses y relatives.**

Il est indispensable de joindre **toute pièce pertinente justificative des dépenses en relation directe avec votre maintien à domicile** (factures, contrats de travail et fiches de paie du personnel engagé à titre privé, relevé détaillé des dépenses, etc.) ainsi que toute pièce relative à vos **revenus** (fiches de salaire / pension, dons, loyers perçus, ...).

Veuillez également joindre un décompte précis de toutes vos recettes et dépenses.



## Remarques supplémentaires en relation avec votre prise en charge à domicile

**J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.**

Fait à :

Signature du demandeur /  
représentant légal :

Date :