

Formulaire de demande d'intervention

INTRODUCTION

Le **CRETH** est le Centre de **Ressources** et d'**Évaluation** des **Technologies** pour les personnes **Handicapées**. Subsidé par l'**AViQ**, il a pour mission de définir l'aide technologique la mieux adaptée aux besoins et réalités de la personne et permet d'introduire des demandes financières pour de l'aide matérielle. Ce service est dédié à toute personne :

- ✓ **Ayant – de 65 ans** (excepté les personnes ayant déjà un dossier ouvert à l'**AViQ** avant 65 ans)
- ✓ **Présentant une déficience** (ex : trouble visuel, trouble auditif, déficience motrice, trouble de la communication, déficience cognitive, sclérose latérale amyotrophique, sclérose en plaques, ...)
- ✓ **Reconnue par l'AViQ** (ou en attente de reconnaissance)

En cas de doute, vous pouvez contacter votre Bureau Régional afin de vérifier si vous rentrez dans les conditions d'admission pour bénéficier d'un de nos services. Pour trouver votre bureau régional et ses coordonnées, rendez-vous sur le site suivant : <https://brcodepostal.aviq.be/>.

Si vous éprouvez des difficultés pour compléter ce formulaire, vous pouvez faire appel à votre médecin traitant, au service social de votre mutuelle ou à toute autre personne de confiance. Vous pouvez également nous contacter.

CE FORMULAIRE A ÉTÉ REMPLI PAR :

- Le bénéficiaire en demande d'une intervention
- Autre (coordonnées à remplir plus bas)

INFORMATIONS LIÉES AU DOSSIER AViQ (SI VOUS EN AVEZ DÉJÀ UN) :

- Numéro de dossier AViQ : AV /
- Bureau Régional :



* : champs obligatoires

INFORMATIONS CONCERNANT LA PERSONNE / LE SERVICE QUI A REMPLI LE FORMULAIRE : (Veuillez remplir les champs suivants EN MAJUSCULES s'il vous plait)

→ Cette section est **UNIQUEMENT** à compléter si la personne qui formule la demande n'est pas le bénéficiaire.

- Nom* : _____ Prénom* : _____
- Lien avec le bénéficiaire* :
 - o Membre de la famille
 - o Représentant légal
 - o Médecin
 - o Paramédical :
 - o Logo
 - o Ergo
 - o Assistante sociale
 - o Autre :
 - o Service
 - o Autre :
- Domicile : Rue _____ N° : _____
Boîte : _____ Code postal : _____ Ville : _____
- Téléphone : _____
- GSM : _____
- E-mail : _____

INFORMATIONS GÉNÉRALES CONCERNANT LE BÉNÉFICIAIRE :

(Veuillez remplir les champs suivants EN MAJUSCULES s'il vous plait)

- Nom* : _____ Prénom* : _____
- Date de naissance* : _____ Lieu de Naissance : _____
- Nationalité : _____ Sexe : F M Autre
- Domicile* : Rue _____ N° : _____
Boîte : _____ Code postal : _____ Ville : _____
- NISS – Numéro de registre national : _____
- GSM : _____ Téléphone : _____
- E-mail : _____

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DU BÉNÉFICIAIRE :

- Situation de vie

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Seul(e) | <input type="checkbox"/> Avec un membre de la famille |
| <input type="checkbox"/> En couple | <input type="checkbox"/> En couple + enfant(s) |
| <input type="checkbox"/> Seul(e) + enfant(s) | <input type="checkbox"/> Avec une tierce personne |

- Statut

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Etudiant(e) | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) |
| <input type="checkbox"/> Ouvrier(e) / Employé(e) | <input type="checkbox"/> En invalidité(e) |
| <input type="checkbox"/> Indépendant(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |

- Scolarité

Etes-vous en cours de scolarité ? OUI NON

Si oui, veuillez indiquer votre niveau d'études :

- | | | | |
|---|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Enseignement primaire | : | <input type="checkbox"/> Ordinaire | <input type="checkbox"/> Spécialisé de type n° |
| <input type="checkbox"/> Enseignement secondaire | : | <input type="checkbox"/> Ordinaire | <input type="checkbox"/> Spécialisé de type n° |
| <input type="checkbox"/> Enseignement supérieur / universitaire | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre : | | | |
| <input type="checkbox"/> Nom de l'école / de l'institution : | | | |

- Avez-vous déjà fait appel à nos services CRETH – SATIH ? OUI NON

- Qui vous a recommandé de faire appel à nos services CRETH et/ou SATIH ?

- Possédez-vous l'un des outils suivants ? (+ indiquez la marque de l'appareil)

- | | |
|------------------------|---|
| ▪ Un ordinateur | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| ▪ Une tablette tactile | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| ▪ Un smartphone | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

NATURE DE LA DEMANDE

- Quelles difficultés rencontrez-vous ? (Expliquez brièvement)

- Comment l'aide technologique vous pourrait-elle vous aider ?

CONFIDENTIALITÉ

Les données communiquées dans le présent formulaire ainsi que les résultats des analyses et test d'aides technologiques sont susceptibles d'être communiquées à l'AViQ. En signant ce document, vous marquez votre accord avec notre politique de confidentialité (RGPD).

Vous pouvez trouver plus d'informations à l'adresse : <http://creth.be/politique-de-confidentialite/>

Date :

Signature du bénéficiaire
(ou de son représentant légal)

L'équipe du CRETH et du SATIH vous remercie de votre collaboration.

Une fois rempli et signé, ce formulaire est **à envoyer** :

- Soit par courrier postal à l'adresse suivante : **Rue de Bruxelles 61
5000 Namur**
- Soit par e-mail à l'adresse suivante : **secretariat@creth.org**

Vous pouvez contacter notre secrétariat au **081/72.44.30**.

Après réception de votre demande et attribution de votre dossier à un intervenant, un membre de notre équipe prendra contact avec vous.

Projet financé par :



AViQ
Agence pour une Vie de Qualité

Familles Santé Handicap