

## RECONNAISSANCE DE LA PERSONNE HANDICAPÉE

### ATTESTATION PSYCHO-MEDICO-SOCIALE DE TYPE I

En application de l'article 4 de l'Arrêté du Collège réuni du 22 octobre 2009 relatif à la reconnaissance des personnes handicapées ainsi qu'à leur admission au sein de centres et services relevant de la compétence de la Commission communautaire commune

#### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE HANDICAPEE

Nom et prénom : .....

Date de naissance : .....

SEXE : [ ] M [ ] F

Adresse (à laquelle la personne handicapée est inscrite au registre de population):.....

.....

.....

#### CONCLUSIONS DE L'EXAMEN

##### CATÉGORIE DU HANDICAP

*Indiquer la catégorie du handicap au titre de laquelle la personne handicapée doit être prise en charge par la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale*

- [ ] 010 - troubles moteurs
- [ ] 020 - paralysie cérébrale acquise
- [ ] 0170 - lésion cérébrale acquise
- [ ] 050 - dysmélie
- [ ] 060 - poliomyélite
- [ ] 080 - sclérose en plaques
- [ ] 090 - spinabifida ou myopathie
- [ ] 120 - malformation du squelette ou de membres
- [ ] 071 - aveugles/amblyopes/troubles graves de la vue
- [ ] 072 - sourds/demi-sourds/troubles graves de la parole/troubles graves de l'ouïe
- [ ] 100 - épilepsie
- [ ] 111 - déficience mentale légère
- [ ] 112 - déficience mentale modérée
- [ ] 113 - déficience mentale sévère
- [ ] 114 - déficience mentale profonde
- [ ] 140 - troubles caractériels, présentant un état névrotique ou psychotiques et nécessitant une éducation appropriée
- [ ] 160 - autisme
- [ ] 030 - troubles respiratoires
- [ ] 040 - malformations cardiaques

- 150 - affection chronique non-contagieuse ne nécessitant plus de soins dans un service hospitalier

### **PRÉCISIONS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LE DEGRÉ DE GRAVITÉ DU HANDICAP<sup>1</sup>**

Le cas échéant, préciser les besoins supplémentaires suivants:

**Personne nécessitant des soins de nursing:** personne souffrant de plusieurs déficiences énumérées dans les catégories de 010 à 150 qui ne peut s'intégrer de ses propres forces dans la vie sociale et nécessitant une prise en charge appropriée et plus importante, dont le nursing, selon les critères prévus à l'annexe III de l'arrêté du 25 octobre 2007 susvisé.

**Personne présente en journée en centre d'hébergement:** personne handicapée ne pouvant suivre des activités externes au centre, en journée.

**Personne souhaitant habiter dans un logement desservi par un service AVJ:** personne handicapée physique adulte apte à vivre de manière autonome dans un logement adapté.

Nous certifions que la personne handicapée présente un handicap qui résulte d'une diminution d'au moins 30% de ses capacités physiques et sensorielles. Par handicap il faut entendre le désavantage social résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou empêche la réalisation d'un rôle habituel par rapport à l'âge, au sexe, aux facteurs sociaux et culturels.

Nous certifions que la personne handicapée présente un handicap qui résulte d'une diminution d'au moins 20% de ses capacités mentales ou psychiques. Par handicap il faut entendre le désavantage social résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou empêche la réalisation d'un rôle habituel par rapport à l'âge, au sexe, aux facteurs sociaux et culturels.

### **LES RESPONSABLES DE L'EXAMEN**

Signatures *(au minimum deux des trois signataires visés ci-après, dont obligatoirement le médecin)*

Le psychologue,  
date,

Le médecin,  
date,

L'assistant social,  
date,

---

<sup>1</sup> Cochez la/les case(s) appropriée(s).

**Par ce document, je sollicite l'admission dans un centre ou service agréé par la Commission communautaire commune (par les Services du Collège réuni ou par le Service institutions d'aide et de soins), en application de l'article 22 de l'arrêté du Collège réuni du 25 octobre 2007 relatif à l'agrément et au mode de subventionnement des centres et services pour personnes handicapées.**

Signature de la personne handicapée OU de son représentant légal<sup>2</sup>

Le soussigné déclare que les renseignements figurant sur le présent formulaire sont exacts et complets,

Fait à....., le .....

(signature)

Si une autre personne a complété ou aidé à compléter ce formulaire, veuillez préciser vos coordonnées :

Nom: .....

Prénom : .....

Lien avec la personne : .....

Adresse : .....

Téléphone ou gsm: .....

Fax : .....

E-mail : .....

**A renvoyer par lettre recommandée complétée et signée à:**

**Iriscare**

**Service institutions d'aide et de soins,  
rue Belliard 71/2, 1040 Bruxelles**

**ou à déposer au siège de l'administration, contre accusé de réception**

**Vous avez une question ?**

Service institutions d'aide et de soins

02/435.64.90

[agreements\\_erkenningen@iriscare.brussels](mailto:agreements_erkenningen@iriscare.brussels)

---

Les données personnelles sont traitées conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, entré en vigueur le 25 mai 2018.

Elles seront utilisées par le Service Institutions d'aide et de soins dans l'unique but de traiter administrativement les demandes d'agrément et d'autorisation émanant de votre établissement, et conservées en toute confidentialité durant le temps uniquement nécessaire à ces traitements administratifs.

Les obligations légales d'Iriscare sont fixées dans l'ordonnance du 23 mars 2017 portant création de l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales.

Vous avez le droit de consulter, de rectifier et/ou de supprimer vos données, et vous bénéficiez d'autres droits figurant aux articles 13 à 22 du Règlement. Vous pouvez adresser vos questions à Iriscare, Service Institutions d'aide et de soins (71 boîte 2, rue Belliard, 1040 Bruxelles - <http://www.iriscare.brussels/fr/iriscare-fr/contactez-nous/>). Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une plainte auprès de l'autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be/contact>).

Pour plus de détails, nous vous invitons à consulter la déclaration de confidentialité sur notre site web, à l'adresse suivante : <http://www.iriscare.brussels/fr/protection-donnees-personnelles>.

---

<sup>2</sup> Minorité prolongée, administration provisoire de biens, interdiction légale