

# Opgroeien

## Opgroeien

Team Zorgtoeslagevaluatie

Hallepoortlaan 27

1060 BRUSSEL

T 02 533 13 41

**opgroeien.be**

**zorgtoeslagen.be**

Zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke  
ondersteuningsbehoefte

## **Evaluatie ondersteuningsnood - Psychosociaal inlichtingenformulier**

### PERSOONSGEGEVENS VAN HET KIND

Voornaam en naam kind:

Rijksregisternummer:

Attestnummer:

Naam uitbetaler Groeipakket:

Ingediend door:

Datum:

Handtekening:

## CONTACTGEGEVENS

### Contactgegevens waarmee we je kunnen bereiken

Voornaam en naam: .....

Telefoon/gsm: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

☐ Ik heb geen telefoon/gsm

E-mail: .....

☐ Ik heb geen e-mail

| <b>Correspondentieadres</b> |  |
|-----------------------------|--|
| Straat en huisnummer        |  |
| Busnummer                   |  |
| Postcode                    |  |
| Stad                        |  |
| Land                        |  |

Relatie tot het kind: .....

| <b>Behandelend arts (de huisarts (arts die het elektronisch medisch dossier van je kind beheert) of de behandelend arts)</b> |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Voornaam en naam                                                                                                             |  |
| Telefoon/gsm                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                              |  |
| <b>Je kan dit formulier samen met iemand anders invullen. Geef in dat geval aan met wie je het formulier invult.</b>         |  |
| Naam                                                                                                                         |  |
| organisatie/dienst                                                                                                           |  |
| Voornaam en naam                                                                                                             |  |
| Telefoon/gsm                                                                                                                 |  |

|                           |  |
|---------------------------|--|
| E-mail                    |  |
| Relatie tot het kind      |  |
|                           |  |
| <b>Vertrouwenspersoon</b> |  |
| Voornaam en naam          |  |
| Telefoon/gsm              |  |
| E-mail                    |  |
| Relatie tot het kind      |  |



Als je hier een vertrouwenspersoon aanduidt, vul dan ook het patiëntenrechtenformulier – vertrouwenspersoon in, dat hier helemaal achteraan als bijlage is toegevoegd.

Datum: .....

Handtekening: .....

## GELIJKTijdIGE AANVRAAG VOOR MEERDERE KINDEREN

Zijn er nog andere kinderen binnen je gezin voor wie zorgtoeslag is aangevraagd?

☐ Ja

☐ Neen

Wil je dat die dossiers samen behandeld worden?

☐ Ja

☐ Neen

Voornaam en naam: .....

Geboortedatum: .....

Rijksregisternummer:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Attestnummer: .....

Voornaam en naam: .....

Geboortedatum: .....

Rijksregisternummer:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Attestnummer: .....

Voornaam en naam: .....

Geboortedatum: .....

Rijksregisternummer:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Attestnummer: .....

## GEZONDHEIDSTOESTAND VAN JE KIND EN DE BEHANDELINGEN

Welke ziekte, (vermoeden van) handicap of beperking die **extra zorgondersteuning** vraagt, heeft je kind?

Wanneer werd de diagnose gesteld? .....

Volgt/Volgde je kind een behandeling van minstens drie maanden? ☐ Ja ☐ Neen

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                          |                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Krijgt je kind <b>mobiele begeleiding (thuisbegeleiding)</b> ?                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Ja                                                                                              | <input type="checkbox"/> Neen                                                                                                    |
|  Vul je hier <b>Ja</b> in, contacteer dan zo snel mogelijk je dienst voor mobiele begeleiding of thuisbegeleiding om de <b>Vragenlijst voor mobiele begeleiding</b> in te vullen en ondertekend aan je terug te bezorgen. |                                                                                                                          |                                                                                                                                  |
| Krijgt je kind <b>therapie op zelfstandige basis</b> (de therapie vindt plaats in een private praktijk, niet in een gespecialiseerd centrum (zoals een centrum voor ambulante revalidatie, een multifunctioneel centrum, een revalidatiecentrum ...))?                                                     |                                                                                                                          |                                                                                                                                  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Logopedie/studiebegeleiding</li><li>• Ergotherapie</li><li>• Psychotherapie</li><li>• Kinesithérapie/psychomotorische therapie?</li><li>• Andere: _____</li></ul>                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Neen<br><input type="checkbox"/> Neen<br><input type="checkbox"/> Neen<br><input type="checkbox"/> Neen |
|  Vul je hier <b>Ja</b> in, contacteer dan zo snel mogelijk je therapeut om de <b>Vragenlijst voor therapie op zelfstandige basis</b> in te vullen en ondertekend aan je terug te bezorgen.                              |                                                                                                                          |                                                                                                                                  |
| Krijgt je kind <b>therapie in een multidisciplinaire setting</b> (centrum ambulante zorg, multifunctioneel centrum, revalidatiecentrum ...)?                                                                                                                                                               |                                                                                                                          |                                                                                                                                  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Logopedie/studiebegeleiding</li><li>• Ergotherapie</li><li>• Psychotherapie</li><li>• Kinesithérapie/psychomotorische therapie?</li><li>• Andere: _____</li></ul>                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Neen<br><input type="checkbox"/> Neen<br><input type="checkbox"/> Neen<br><input type="checkbox"/> Neen |



Vul je hier **Ja** in, contacteer dan zo snel mogelijk je therapeut om de **Vragenlijst voor therapie in een multidisciplinaire setting** in te vullen en ondertekend aan je terug te bezorgen.

## DEELNAME AAN ONDERWIJS, OPVANG

### Gaat je kind naar de opvang (0-3 jaar)?

☐ Ja

☐ Neen

☐ Ja, opvang aangepast volgens zorgnoden van je kind

☐ Neen, want er is geen aangepaste opvang

Moest je stoppen met werken of minder werken voor de zorg van je kind? Geef hier aan hoe je je hebt aangepast.

### Gaat je kind naar school?

☐ Ja

☐ Neen



Vul je hier **Ja** in, contacteer dan zo snel mogelijk de school of het CLB van je kind om de **Vragenlijst voor school of CLB** in te vullen en ondertekend aan je terug te bezorgen.

Type onderwijs

☐ Gewoon onderwijs

☐ Gewoon onderwijs met ondersteuning uit het buitengewoon onderwijs

☐ Buitengewoon onderwijs

### Volgt je kind thuisonderwijs?

☐ Ja

☐ Neen



Vul je hier **Ja** in, contacteer dan zo snel mogelijk de school of het CLB van je kind om de **Vragenlijst voor school of CLB** in te vullen en ondertekend aan je terug te bezorgen.

Type thuisonderwijs

☐ Tijdelijk Onderwijs Aan Huis (TOAH)

☐ BEDNET

☐ Andere: \_\_\_\_\_

### Verblijft je kind in een ziekenhuis, voorziening (multifunctioneel centrum), revalidatiecentrum of medisch-pedagogisch instituut (met overnachting)?

☐ Ja

☐ Neen



Vul je hier **Ja** in, contacteer dan zo snel mogelijk je therapeut om de **Vragenlijst voor therapie in een multidisciplinaire setting** in te vullen en ondertekend aan je terug te bezorgen.

| Naam voorziening | Verblijf |     |
|------------------|----------|-----|
|                  | Van      | Tot |
|                  |          |     |
|                  |          |     |
|                  |          |     |

## GEDRAG VAN JE KIND

Hoe gedraagt je kind zich thuis, op school of in de opvang, in de omgang met leeftijdsgenoten en in de omgang met volwassenen?

VOORBEELD

.....

.....

VOORBEELD

## ONTWIKKELING EN FUNCTIONEREN VAN JE KIND

Hier kan je aangeven of je kind, als gevolg van de aandoening, meer of andere moeilijkheden heeft dan leeftijdsgenoten.

### Motoriek

Heeft je kind problemen om zich te verplaatsen of om een hindernis te passeren?

☐ Ja

☐ Neen

Gebruikt je kind hulpmiddelen om zich te verplaatsen?

☐ Ja

☐ Neen

Welke hulpmiddelen (bv. 1 kruk - 1 prothese - 1 spalk of orthese - 2 krukken - 2 prothesen - 2 spalken of orthesen - orthopedische schoenen - rolstoel - schelprolstoel - andere)?

| Naam hulpmiddel? | Frequentie<br>Altijd? Dag of nacht?<br>Bepaalde duur/dag? | Periode<br>Begin- en einddatum |     | Permanent |
|------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------|-----|-----------|
|                  |                                                           | Van                            | Tot |           |
|                  |                                                           |                                |     |           |
|                  |                                                           |                                |     |           |
|                  |                                                           |                                |     |           |
|                  |                                                           |                                |     |           |

Heeft je kind problemen met de fijne motoriek?

☐ Ja

☐ Neen

Toon kort aan met voorbeelden

---

---

---

---

---

---

---

---

### Taal en communicatie

**Je kind heeft problemen met taal en communicatie**

Hoe communiceert je kind?:

☐ Met gesproken taal

☐ Met lichaamstaal

☐ Met hulpmiddelen

Met welke hulpmiddelen?

☐ SMOG ☐ Communicatiebord ☐ Spraakcomputer ☐ Picto's ☐ Andere

### Je kind communiceert met taal

Kan je kind lezen?

☐ Ja

☐ Neen

☐ Ja, maar met moeilijkheden

Kan je kind schrijven?

☐ Ja

☐ Neen

☐ Ja, maar met moeilijkheden

### Je kind ondervindt communicatieproblemen bij:

☐ Hobby's

☐ Vrienden maken en houden

☐ Omgang met andere volwassenen

Beschrijf de moeilijkheden hierbij.

---

---

---

---

### Zelfredzaamheid

---

Heeft je kind hulp of hulpmiddelen nodig bij zelfstandig eten?

☐ Ja

☐ Neen

Beschrijf de moeilijkheden hierbij.

---

---

---

---

Heeft je kind hulp of hulpmiddelen nodig bij persoonlijke hygiëne en verzorging?

☐ Ja

☐ Neen

Beschrijf de moeilijkheden hierbij.

---

---

---

---

### Zindelijkheid

Is je kind zindelijk overdag?

☐ Ja

☐ Neen

Is je kind zindelijk 's nachts?

☐ Ja

☐ Neen

Draagt je kind luiers?

☐ Ja

☐ Neen

Wanneer draagt je kind luiers?

☐ Overdag

☐ 's Nachts

Gebruikt je kind een blaassonde?

☐ Ja

☐ Neen

### Vrijtijdsbesteding

---

Heeft je kind hobby's?

☐ Ja

☐ Neen

Welke (G-sport, dansen, muziek ...)?

.....

.....

.....

Is je kind lid van een vereniging?

☐ Ja

☐ Neen

Welke ((inclusieve) jeugdbeweging, muziekvereniging ...)?

.....

.....

.....

Heeft je kind problemen daarmee?

☐ Ja

☐ Neen

Welke?

.....  
.....  
.....

Kan je kind het openbaar vervoer gebruiken?

☐ Ja

☐ Neen

☐ Ja, maar onder bepaalde voorwaarden

Beschrijf de voorwaarden.

.....  
.....  
.....

VOORBEELD

# Opgroeien

## Opgroeien

Team Zorgtoeslagevaluatie

Hallepoortlaan 27

1060 BRUSSEL

T 02 533 13 41

**opgroeien.be**

**zorgtoeslagen.be**

## Zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte

### Vertrouwenspersoon

Ik, ..... (voornaam en naam van de ouder of jongere)

duid hierbij de volgende persoon aan als mijn vertrouwenspersoon die ook zonder mijn aanwezigheid de volgende rechten kan uitoefenen:

- De stand van zaken van mijn aanvraag opvragen
- Uitgestuurde communicatie en attest opvragen
- Informatie krijgen over de documenten in de aanvraag
- De samenvatting en toegekende punten van de evaluatie opvragen
- Aanpassingen in het verloop van de aanvraag voorstellen:
  - Vragen om de indieningsdatum uit te stellen
  - Verwerking op papier in plaats van elektronisch aanvragen
  - Vragen om met de evaluatie van start te gaan.

| Periode |     |                                               |
|---------|-----|-----------------------------------------------|
| Van     | Tot | <input type="checkbox"/> Voor onbepaalde duur |
|         |     |                                               |
|         |     |                                               |

De vertrouwenspersoon kan contact opnemen met team Zoë via [zoe.info@opgroeien.be](mailto:zoe.info@opgroeien.be). Team Zoë mag dan alle informatie over je aanvraag meedelen aan je vertrouwenspersoon per telefoon of e-mail. Als we over je e-mailadres beschikken, wordt de e-mail ook naar je doorgestuurd.

Zonder patiëntenrechtenformulier kan een **vertrouwenspersoon** enkel de stand van zaken van de aanvraag opvragen.

## PERSOONSgegevens VAN DE OUDER OF JONGERE

**Voornaam:** .....

**Naam:** .....

## PERSOONSgegevens VAN DE VERTROUWENSPERSOON<sup>1</sup>

**Voornaam:** .....

**Naam:** .....

Opgemaakt te ..... (plaats) op ..... (datum)

Handtekening van de ouder of jongere:

Handtekening van de vertrouwenspersoon:

**Aanbeveling:** Maak dit formulier op in 3 exemplaren. Eén exemplaar kan bewaard worden door de ouder of jongere, één door de vertrouwenspersoon en één door Opgroeien regie.

**Ter informatie:** De ouder of jongere kan op elk moment aan Opgroeien regie vragen om de toegekende rechten van de vertrouwenspersoon stop te zetten.

<sup>1</sup> Met dit formulier geeft de vertrouwenspersoon Opgroeien regie de toestemming om persoonsgegevens te verwerken.