

Formulaire de Demande D'Intervention

Le CRETH et le SATIH sont des services agréés et subsidiés par l'AViQ. Pour toute personne :

- De moins de 65 ans (excepté les personnes ayant déjà un dossier ouvert à l'AViQ avant 65 ans)
- Présentant une déficience (ex : malvoyant, malentendant, tétra/para/hémiplégique, personne souffrant de troubles de la communication, de déficiences cognitives, de sclérose latérale amyotrophique,...)
- 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.

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 demandeur de l'intervention lui-même
- Un membre de la famille :
- Un médecin :
- Un service :
- Autre :

Indiquez votre N° de dossier AViQ, si vous en avez déjà un, et le bureau régional duquel vous dépendez :

AV/

Bureau Régional :

BENEFICIAIRE DE LA DEMANDE FORMULEE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Lieu de naissance :

Nationalité :

Sexe : F H

Domicile : Rue

N° :

Boîte :

Code postal :

Ville :

Tél. :

GSM :

E-mail :@.....

PERSONNE OU SERVICE QUI FORMULE LA DEMANDE

Cadre à compléter UNIQUEMENT si la personne qui formule la demande n'est pas le bénéficiaire

Représentant légal :

Membre de la famille (lien de parenté) :

Médecin :

Service :

Autre :

Domicile : Rue

N° :

Boîte :

Code postal :

Ville :

Tél. :

GSM :

E-mail :@.....

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Situation familiale :

- Célibataire
- Marié(e)
- Cohabitant(e)
- Veuf(ve)
- Divorcé(e)

Statut :

- Etudiant(e)
- Ouvrier(e) / Employé(e)
- Indépendant(e)
- Demandeur(se) d'emploi
- Pensionné(e)
- En invalidité(e)
- Autre :

Niveau d'études :

- Enseignement primaire ordinaire spécialisé type :
- Enseignement secondaire ordinaire spécialisé type :
- Enseignement supérieur / universitaire
- Autre :

Mutuelle :

.....

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 ?

.....
.....

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Diagnostic médical (si connu) :

Quelle(s) déficience(s) présentez-vous ?

Mentale légère modérée sévère profonde

Auditive

Visuelle non-voyant

malvoyant avec acuité visuelle à l'œil droit de

à l'œil gauche de

Motrice membres supérieurs membres inférieurs

Langage / Communication

Autre :

Au quotidien, pouvez-vous réaliser les activités suivantes ?

- | | |
|---|---------------------------------------|
| • Communiquer oralement | Oui – Partiellement – Avec aide – Non |
| • Communiquer par écrit | Oui – Partiellement – Avec aide – Non |
| • Lire | Oui – Partiellement – Avec aide – Non |
| • Téléphoner | Oui – Partiellement – Avec aide – Non |
| • Gérer l'environnement
(ouvrir une porte, allumer la TV, ...) | Oui – Partiellement – Avec aide – Non |

Bénéficiez-vous d'un suivi par un service d'accompagnement, associatif ou paramédical ?

oui

non

Nom du service et de la personne de référence :

.....

NATURE DE LA DEMANDE

Pouvez-vous décrire les difficultés que vous rencontrez ?

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

Qu'est-ce que l'aide technologique vous permettrait de faire en plus par rapport à votre situation actuelle ?

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

Avez-vous déjà utilisé ?

- Un ordinateur oui non
- Une tablette tactile oui non
- Un smartphone oui non

Comment définiriez-vous votre degré de connaissance face à ces outils ?

- Un ordinateur Faible / Moyen / Bon / Excellent
- Une tablette tactile Faible / Moyen / Bon / Excellent
- Un smartphone Faible / Moyen / Bon / Excellent

Les données communiquées dans le présent formulaire ainsi que les résultats des analyses et tests d'aides technologique sont susceptibles d'être communiqués 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 :

Nom et prénom :

Signature du demandeur (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, par courrier postal, fax ou e-mail, à l'adresse suivante :

Secrétariat A.S.B.L. PATH

(Services CRETH et SATIH)

Rue de Bruxelles, 61

5000 Namur

Tél. : 081/72.44.30

Fax : 081/72.44.31

E-mail : path@creth.org

Après réception de votre demande et attribution de votre dossier à un intervenant, un membre de notre équipe reprendra contact avec vous afin de fixer un premier rendez-vous.



AViQ

Agence pour une Vie de Qualité



Familles



Santé



Handicap