

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:

E-mail	
Relatie tot het kind	
Vertrouwenspersoon	
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:

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 mobiele begeleiding (thuisbegeleiding)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
 Vul je hier Ja in, contacteer dan zo snel mogelijk je dienst voor mobiele begeleiding of thuisbegeleiding om de Vragenlijst voor mobiele begeleiding in te vullen en ondertekend aan je terug te bezorgen.		
Therapie op zelfstandige basis (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"> • Logopedie/studiebegeleiding • Ergotherapie • Psychotherapie • Kinesithherapie/psychomotorische therapie? • Andere: _____ 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Neen
 Vul je hier Ja in, contacteer dan zo snel mogelijk je therapeut om de Vragenlijst voor therapie op zelfstandige basis in te vullen en ondertekend aan je terug te bezorgen.		
Therapie in een multidisciplinaire setting (centrum ambulante zorg, multifunctioneel centrum, revalidatiecentrum ...)		
<ul style="list-style-type: none"> • Logopedie/studiebegeleiding • Ergotherapie • Psychotherapie • Kinesithherapie/psychomotorische therapie? • Andere: _____ 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Neen <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.

VOORBEELD

DEELNAME AAN ONDERWIJS, OPVANG

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


- Ja Ja, opvang aangepast volgens zorgnoden van je kind
 Neen 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

 Indien ja:
 Tijdelijk Onderwijs Aan Huis (TOAH)
 BEDNET
 Andere:

 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.

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

VOORBEELD

VOORBEELD

ONTWIKKELING EN FUNCTIONEREN VAN JE KIND

Hier kan je aanduiden 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 (bijv. 1 kruk – 1 prothese – 1 spalk of orthese – 2 krukken – 2 prothesen – 2 spalken of orthesen – orthopedische schoenen – rolstoel – schelprolstoel – andere)?

Naam hulpmiddel?	Frequentie Altijd? Dag of nacht? Bepaalde duur/dag?	Periode		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

VOORBEELD

De vertrouwenspersoon kan contact opnemen met team Zoë via 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 VERTROUWENSPERSOON¹

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.

¹ Met dit formulier geeft de vertrouwenspersoon Opgroeien regie de toestemming om persoonsgegevens te verwerken.