

Enquête

Observatoire ASPH de la Personne Handicapée

Questionnaire

Anonyme sauf si vous souhaitez vous faire connaître.

1. Vous êtes ?

Une femme Un homme

2. Quel âge avez-vous ?

< à 18 ans de 18 à 35 ans de 36 à 50 ans
 de 51 à 65 ans de 65 à 75 ans + de 75 ans

3. Votre code postal ?

4. Votre situation familiale ?

Vit seul(e) Vit avec partenaire/conjoint
 Vit avec parents (au sens large)
 Avez-vous des enfants à charge
Combien ?
 Vit en institution Vit en maison de repos

5. Votre niveau **MENSUEL** des revenus du ménage (de quelque nature que ce soit)

Néant - de 500 € de 500,01 à 967,72 €
 de 967,73 à 1250 € de 1250,01 à 1500 € de 1500,01 à 1750 €
 de 1750,01 à 2000 € + de 2000 €

6. Êtes-vous bénéficiaire du BIM (ex VIPO) ?

OUI NON Ne connaît pas

7. Êtes-vous bénéficiaire de l'OMNIO ?

OUI NON Ne connaît pas

8. êtes-vous reconnu(e) comme personne handicapée ?

OUI NON
Avec quel pourcentage ?

66% 80% Ne sait pas

Enquête

Observatoire ASPH de la Personne Handicapée

9. *Votre conjoint/partenaire est-il reconnu handicapé ?*

OUI NON

10. *Votre enfant est-il reconnu handicapé ?*

OUI NON

11. *Bénéficiez-vous (ou votre conjoint/partenaire ou votre enfant) d'avantages sociaux*

	Vous	Conjoint/Partenaire	Enfant
Tarif social Gaz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allocation de chauffage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Réduction Forfait énergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Redevance Radio TV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Réduction Contribution	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Réduction Précompte Immobilier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarif téléphonique social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exonération Taxe voiture	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carte de stationnement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Réduction SNCB/TEC/STIB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. *Les coûts ci-après sont ceux uniquement engendrés par le handicap, la maladie grave, chronique, invalidante sur **BASE ANNUELLE***

Exemple : * Vous avez un handicap qui nécessite une voiturette manuelle active

Coût total 1847.37 € Coût à votre charge 73,24 € (car intervention de la mutuelle)

* Votre enfant souffre d'une maladie chronique et vous avez besoin d'un médicament nécessité par cette maladie

Coût total (figure sur le médicament) Dafalgan codeïne 6 €

Coût à votre charge (ce que vous avez payé) 4,8 €

Enquête

Observatoire ASPH de la Personne Handicapée

A. Soins de santé

	Vous		Conjoint/Partenaire		Enfant	
Médicaments (<u>dûs au handicap</u>)	PAR AN					
	Total	A votre charge	Total	A votre charge	Total	A votre charge

Avez-vous dû post-poser ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Avez-vous dû renoncer ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

	Vous		Conjoint/Partenaire		Enfant	
Hospitalisations (<u>dues au handicap</u>)	PAR AN					
	Total	A votre charge	Total	A votre charge	Total	A votre charge

Avez-vous dû post-poser ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Avez-vous dû renoncer ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

	Vous		Conjoint/Partenaire		Enfant	
Consultations médicales (<u>dues au handicap</u>)	PAR AN					
	Total	A votre charge	Total	A votre charge	Total	A votre charge

Avez-vous dû post-poser ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Avez-vous dû renoncer ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

	Vous		Conjoint/Partenaire		Enfant	
Paramédical (kiné, infirmière,...) (<u>dû au handicap</u>)	PAR AN					
	Total	A votre charge	Total	A votre charge	Total	A votre charge

Avez-vous dû post-poser ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Avez-vous dû renoncer ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

Enquête

Observatoire ASPH de la Personne Handicapée

Rééducations (dues au handicap) PAR AN

	Total	A votre charge	Total	A votre charge	Total	A votre charge

Avez-vous dû post-poser ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Avez-vous dû renoncer ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

Alimentations spécifiques (dues au handicap) PAR AN

	Total	A votre charge	Total	A votre charge	Total	A votre charge

Avez-vous dû post-poser ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Avez-vous dû renoncer ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

B. Matériel adapté (voitures, adaptations voiture, langes,...) PAR AN (Hors logement)

	Total	A votre charge	Total	A votre charge	Total	A votre charge

Avez-vous dû post-poser ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Avez-vous dû renoncer ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

C. Aides à domicile (aide ménagère, aide familiale) (dû au handicap) PAR AN

	Total	A votre charge	Total	A votre charge	Total	A votre charge

Avez-vous dû post-poser ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Avez-vous dû renoncer ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

Enquête

Observatoire ASPH de la Personne Handicapée

D. Logement (adaptations) (dû au handicap) PAR AN

	Total	A votre charge	Total	A votre charge	Total	A votre charge

Avez-vous dû post-poser ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Avez-vous dû renoncer ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

E. Hébergement / Accueil de jour et/ou de nuit / Maison de repos PAR AN

	Total	A votre charge	Total	A votre charge	Total	A votre charge

Avez-vous dû post-poser ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Avez-vous dû renoncer ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

F. Accompagnement (pour mener votre/son activité) (dû au handicap) PAR AN

	Total	A votre charge	Total	A votre charge	Total	A votre charge

Avez-vous dû post-poser ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Avez-vous dû renoncer ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

G. Loisirs (dû au handicap) PAR AN

	Total	A votre charge	Total	A votre charge	Total	A votre charge

Avez-vous dû post-poser ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Avez-vous dû renoncer ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

Enquête

Observatoire ASPH de la Personne Handicapée

H. Autres : à identifier

Vous

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

Partenaire/conjoint

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

Enfant

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

Avez-vous des remarques complémentaires ?

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

Merci de votre collaboration

A renvoyer à

ASPH
Rue Saint-Jean 32/38
1000 Bruxelles
Tél. 02/515.03.16. - 02/515.06.43.
- 02/515.17.29.
asph@mutsoc.be