

RECOURS CONTRE UNE DÉCISION SUR L'ALLOCATION DE SOINS POUR PERSONNES ÂGÉES

Référence : FbGS.KC.VD/19.02-00.07.04.03/22.1043

Informations générales

Vous pouvez utiliser le formulaire ci-joint pour introduire un recours contre une décision concernant l'allocation de soins pour personnes âgées.

Ce formulaire doit être rempli par la personne âgée (ou avec l'aide d'une personne/ d'un prestataire de services), son mandataire ou son représentant légal. Nous vous demandons donc de le remplir et de nous le renvoyer signé.

Si votre recours concerne l'évaluation du besoin d'aide, votre recours sera transmis à l'Office pour une vie autodéterminée. Celle-ci examine le recours et décide si une nouvelle évaluation doit être effectuée.

Dans un délai de 45 jours ouvrables à compter de la date d'introduction du présent recours, le ministre compétent pour les affaires sociales statue sur votre recours. Vous serez informé(e) par écrit de la décision prise.

Pour toute question supplémentaire, n'hésitez pas à nous contacter.

À remplir par le Ministère!

Réceptionné par :

Date :

- Le recours est introduit par la personne âgée
(ou avec l'aide d'une personne/d'un prestataire de services)
- Le recours est introduit par un mandataire
- Le recours est introduit par un représentant légal
 - Administrateur
 - Médiateur de dettes

2. IDENTITÉ DU REPRÉSENTANT LÉGAL OU DU MANDATAIRE

À remplir uniquement si la personne âgée ne remplit pas elle-même le formulaire.

Monsieur Madame

Prénom :

Nom :

Rue, numéro :

Code postal, localité, pays :

Téléphone / GSM :(à remplir s.v.p.)

Adresse mail :

Langue : Allemand Français

La personne de contact mandatée peut être votre fille, votre fils, un frère, ... qui prend en charge vos tâches administratives.

❓ L'identité du représentant légal est déterminée par une décision de justice et ce représentant prend en charge vos tâches administratives et financières. Cette personne peut être un médiateur de dettes ou un administrateur de biens.

Veillez joindre à la présente demande une preuve de la représentation légale (décision de justice, ...) si cela n'a pas encore été fait lors de l'introduction de la demande initiale.

4. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR ET SIGNATURE DU DEMANDEUR

Je confirme :

- que toutes les données communiquées sont exactes et complètes.
- que j'ai pris connaissance des informations générales figurant sur la première page de ce formulaire.

Date

Signature et nom du demandeur

...../...../.....

.....

Le Ministère de la Communauté germanophone est le responsable du traitement de vos données conformément au Règlement général sur la protection des données (UE) n° 2016/679 du 27 avril 2016 et à ses dispositions d'exécution. Il utilise ces données conformément au chapitre 5 du décret du 27 juin 2022 relatif à l'allocation de soins pour personnes âgées et uniquement pour une durée de 5 ans en cas de refus à partir de la fin du mois au cours duquel la demande a été introduite, en cas d'octroi à partir de la fin du mois au cours duquel le droit a été ouvert pour la dernière fois ou à partir de la fin du mois au cours duquel toute procédure administrative ou judiciaire a pris fin. Nous nous tenons à votre disposition pour toute question supplémentaire. Vos droits de la personnalité font donc l'objet d'une considération particulière. Vous trouverez de plus amples informations sur le respect de vos droits sur le site www.ostbelgienlive.be/datenschutz.

Vous pouvez joindre notre délégué à la protection des données, M. Wilfried Heyen, à l'adresse datenschutz@dgov.be.

Les plaintes relatives à la protection des données peuvent être adressées à l'autorité de protection des données, rue de la Presse 35, 1000 Bruxelles.
Pour plus d'informations : <https://www.datenschutzbehörde.be>