



IRISCARE - Dienst THAB

Trierstraat 70 bus 2, 1000 Brussel

0800 35 499 (gratis)

apa-thab@iriscare.brussels

www.myiriscare.brussels

Aanvraag voor tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB) voor personen die officieel in Brussel verblijven

ONDERDEEL A - ADMINISTRATIEVE GEGEVENS

Formulier in te vullen en terug te sturen naar

 **IrisCare - Dienst THAB - Trierstraat 70 bus 2, 1000 Brussel**

Dit onderdeel is voor onze dienst bedoeld en dient om uw dossier administratief te verwerken. Beantwoord de onderstaande vragen zo volledig en precies mogelijk.

De met een asterisk gemarkeerde gegevens die via dit formulier worden verzameld, moeten verplicht worden verstrekt. Zoniet beschikken wij over onvoldoende informatie om uw aanvraag correct te verwerken of te beantwoorden.

1. IDENTIFICATIEGEGEVENS (*)

Rijksregisternummer (op de achterkant van de identiteitskaart): _ _ . _ _ . _ _ - _ _ _ _ . _ _

Naam:

Voornaam:

- ① Onze dienst controleert automatisch uw leeftijd en uw officiële woonplaats (zoals opgenomen in het Rijksregister). Als u minstens 65 jaar oud bent, maar uw officieel adres :
- in **Vlaanderen** ligt: u moet uw aanvraag indienen bij uw zorgkas (gekoppeld aan uw ziekenfonds) of bij de Vlaamse Zorgkas.
Voor meer informatie en/of om uw aanvraag in te dienen, zie hun website:
<https://www.vlaamsesocialebescherming.be/zorgbudget-voor-ouderen-met-een-zorgnood>;
 - in **Wallonië** ligt: u moet uw aanvraag indienen bij uw ziekenfonds of via de website:
www.wal-protect.be;
 - in **de Duitstalige Gemeenschap** ligt: u moet uw aanvraag indienen bij de FOD Sociale Zekerheid.
Voor meer informatie en/of om uw aanvraag in te dienen, zie hun website:
<https://handicap.belgium.be/nl/onze-dienstverlening/tegemoetkoming-hulp-bejaarden.htm>.

2. CONTACTGEGEVENS

2.1. CORRESPONDENTIEADRES

Naar welk adres moeten wij onze verzoeken om informatie en kennisgevingen van beslissingen zenden (en, indien van toepassing, circulaire cheques)?

① *Standaard wordt de post naar uw officieel adres gestuurd (zoals opgenomen in het Rijksregister).*

Straat: Nr.: Bus:

Postcode: _ _ _ _ Gemeente:

2.2. CORRESPONDENTIETAAL

NL FR

2.3. ANDERE CONTACTMIDDELEN

Vaste tel.: Gsm:

E-mail:

2.4. WETTELIJKE VERTEGENWOORDIGER

Heeft u een wettelijke vertegenwoordiger?

- ① *Dit kan een wettelijke of rechterlijke vertegenwoordiger zijn die is aangewezen bij een vonnis (bewindvoerder over de goederen of de persoon, schuldbemiddelaar, enz.) of een mandataris die is aangewezen bij een door de notaris ondertekende akte of bij onderhandse akte. **Als er een rechterlijke beslissing is geweest over de aanwijzing van de wettelijke vertegenwoordiger, voeg dan als bijlage een kopie van die beslissing toe.***

Naam: M. Mevr.

Voornaam:

Soort:
(bewindvoerder over de goederen, mandataris, schuldbemiddelaar, enz.)

Straat: Nr.: Bus:

Postcode: _ _ _ _ Gemeente:

Vaste tel.: Gsm:

E-mail:

2.5. CONTACTPERSOON

Met wie kunnen we contact opnemen als we u niet kunnen bereiken?

- ① *Wanneer een wettelijke vertegenwoordiger van het type bewindvoerder wordt aangewezen, worden verzoeken om informatie en kennisgevingen van beslissingen die op u betrekking hebben, ook aan hem/haar gericht.*

Naam: M. Mevr.

Voornaam:

Straat: Nr.: Bus:

Postcode: _ _ _ _ Gemeente:

Vaste tel.: Gsm:

E-mail:



3. INKOMSTEN VAN HET HUISHOUDEN (*)

Als u een huishouden vormt, vul dan hieronder de gegevens van uw partner in.

① *In het algemeen definieert de regelgeving "huishouden" als elke vorm van samenwonen van twee personen die geen bloed- of aanverwant zijn van elkaar tot en met de derde graad (d.w.z. met uitzondering van (groot)ouders, schoonouders, kinderen, (half)broers, (half)zusters, ooms, tantes, enz.).*

OF
Rijksregisternummer (op de achterkant van de identiteitskaart): __ __ . __ __ . __ __ - __ __ __ . __ __
Geboortedatum: __ __ / __ __ / __ __ __ __

Naam: M. Mevr. _____

Voornaam: _____

- Ontvangt een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden
- Heeft een aanvraag ingediend voor een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden die nog in behandeling is

Wat zijn uw huidige inkomsten?

① *De tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB) wordt toegekend nadat er rekening gehouden is met de inkomsten van het huishouden. Alle inkomsten, ongeacht de aard of oorsprong, waarover u en de persoon met wie u een huishouden vormt beschikken, worden in aanmerking genomen, met inbegrip van gegevens over roerende en onroerende goederen (kadastraal inkomen, verkoop, schenking, nalatenschap).
Gelieve er rekening mee te houden dat sommige herinvesteringen in mindering kunnen worden gebracht op de in aanmerking genomen inkomsten. Neem in dat geval rechtstreeks contact op met onze dienst om uw dossier te controleren.*

Gelieve uw inkomsten aan te kruisen (verschillende keuzes zijn mogelijk).
Gelieve ook de gevraagde bewijsstukken bij te voegen.

	U	Uw partner
Pensioen / IGO <i>U hoeft niets te verstrekken.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buitenlands pensioen <i>Voeg een bewijs van betaling bij (attest, rekeninguittreksel, enz.) met vermelding van het bedrag van het ontvangen buitenlands pensioen. Geef de frequentie van deze betalingen op (maandelijks, om de twee maanden, vier keer per jaar, één keer per jaar...).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leefloon of steun van het OCMW <i>U hoeft niets te verstrekken.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loon, wedde of inkomsten als zelfstandige <i>Indien de betrokkene <u>geen pensioen ontvangt</u>, voeg een kopie bij van het laatste aanslagbiljet, waaruit het bedrag van de beroepsinkomsten als werknemer en/of zelfstandige blijkt. Indien de huidige activiteit <u>niet voorkomt op het laatste aanslagbiljet</u> of indien de betrokkene een pensioen ontvangt terwijl hij/zij <u>een toegestane beroepsactiviteit uitoefent</u>, voeg een kopie bij van het laatste loonstrookje en/of de laatste inkomstenaangifte.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werkloosheidsuitkeringen <i>Voeg een kopie bij van het laatste aanslagbiljet waaruit het bedrag van de ontvangen werkloosheidsuitkeringen blijkt. Indien deze werkloosheidsuitkeringen <u>niet voorkomen op het laatste aanslagbiljet</u>, voeg een bewijs van betaling bij (attest, rekeninguittreksel, enz.) met vermelding van het bedrag van de ontvangen werkloosheidsuitkeringen.</i>		<input type="checkbox"/>

Gelieve uw inkomsten aan te kruisen (verschillende keuzes zijn mogelijk).
Gelieve ook de gevraagde bewijsstukken bij te voegen.

	U	Uw partner
Ziekte- of invaliditeitsuitkering, zorgbudget (ziekenfonds)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Voeg een bewijs van betaling bij (attest, rekeninguittreksel, enz.) met vermelding van het bedrag van de ontvangen uitkering en/of tegemoetkoming.</i>		
Vergoeding wegens beroepsziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Wij zullen rechtstreeks contact opnemen met het Federaal Agentschap voor Beroepsrisico's (Fedris) over het bedrag van de vergoeding. <u>Indien dit agentschap echter niet verantwoordelijk is voor de betaling van de vergoeding, voeg een bewijs van betaling bij (attest, rekeninguittreksel, enz.) met vermelding van het ontvangen bedrag. Geef de frequentie van deze betalingen op (maandelijks, om de twee maanden, vier keer per jaar, één keer per jaar...).</u></i>		
Vergoeding wegens arbeidsongeval	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Wij zullen rechtstreeks contact opnemen met het Federaal Agentschap voor Beroepsrisico's (Fedris) over het bedrag van de vergoeding. <u>Indien dit agentschap echter niet verantwoordelijk is voor de betaling van de vergoeding, gelieve ons dan de volgende informatie te verstrekken:</u> <u>De betrokkene ontvangt een periodieke rente/vergoeding:</u> Voeg een bewijs van betaling bij (attest, rekeninguittreksel, enz.) met vermelding van het bedrag van de ontvangen rente of vergoeding. Geef de frequentie van deze betalingen op (maandelijks, om de twee maanden, vier keer per jaar, één keer per jaar...). <u>De betrokkene ontving een kapitaal als vergoeding:</u> Voeg een kopie bij van het vonnis of de minnelijke schikking met vermelding van de datum van het ongeval en het bedrag van de vergoeding.</i>		
Alimentatievergoeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i><u>Indien de vergoeding wordt betaald door iemand anders dan een bloedverwant in opgaande lijn (bv. ouder) of in neergaande lijn (bv. kind), voeg een kopie bij van het laatste aanslagbiljet, waaruit het bedrag van de ontvangen alimentatie blijkt. Indien deze vergoeding niet voorkomt op het laatste aanslagbiljet, voeg een bewijs van betaling bij (attest, rekeninguittreksel, enz.) met vermelding van het bedrag van de ontvangen alimentatievergoeding.</u></i>		
Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Voeg een bewijs van betaling bij (attest, rekeninguittreksel, enz.) waaruit blijkt welk bedrag aan bovengenoemde inkomsten is ontvangen. Geef de frequentie van deze betalingen op (maandelijks, om de twee maanden, vier keer per jaar, één keer per jaar...).</i>		
Geen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>U hoeft niets te geven. Deze verklaring is geldig als verklaring op eer.</i>		

Als u **spaargeld of beleggingen** hebt, vermeld hier het bedrag: _____ €



5. BETALINGSINFORMATIE

Vermeld hieronder het zichtrekeningnummer waarop wij eventueel uw tegemoetkoming moeten betalen.

① *De uitbetaling van de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden gebeurt via overschrijving, enkel op een zichtrekening die geopend is op naam van de begunstigde of waarvan de begunstigde medehouder is (tenzij de begunstigde onder schuldbemiddeling staat, in welk geval de tegemoetkoming rechtstreeks aan de bemiddelaar wordt uitbetaald).*

▲ Door dit zichtrekeningnummer in te vullen, geeft u aan Iriscare - Dienst THAB de toestemming om uw gegevens bij uw bank te controleren.

U verbindt u er ook toe om ons onmiddellijk te verwittigen als u geen toegang meer hebt tot uw tegemoetkoming op deze zichtrekening. In dat geval zullen wij u vragen ons een nieuw zichtrekeningnummer te bezorgen, zoniet zal uw tegemoetkoming niet kunnen uitbetaald worden.

IBAN :

B	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

De bovenvermelde zichtrekening is geopend: *(het vakje aankruisen dat past)*

- op mijn naam
- op mijn naam en op naam van _____
(echtgeno(o)t(e), mandataris, bewinvoerder over de goederen, enz.)
- op naam van mijn schuldbemiddelaar _____

▲ De tegemoetkoming wordt onmiddellijk op de vermelde zichtrekening gestort. Behalve in het geval van schuldbemiddeling, indien bij controle bij uw bank blijkt dat het opgegeven rekeningnummer geen zichtrekening is of dat u niet de (mede)houder ervan bent, zullen wij u vragen ons een ander zichtrekeningnummer te verstrekken.

① **Kunt u geen zichtrekening openen?** *Geen probleem, Iriscare zorgt ervoor dat u uw tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden blijft ontvangen. Kom langs in ons onthaal. Dan kijken we samen hoe we uw tegemoetkoming verder betalen.*

6. ERKENNING VAN UW VERMINDERDE ZELFREDZAAMHEID (*)

U hebt reeds een erkenning als een persoon met een verminderde zelfredzaamheid?

Neen Ja : • Datum erkenning: __ / __ / _____

• Wilt u een herziening van deze erkenning?

Ja

Neen

U hebt nog geen erkenning als een persoon met een verminderde zelfredzaamheid, of u wilt een herziening van uw huidige erkenning:

Gelieve ook het bijgevoegde "Onderdeel B - Beoordeling van de zelfredzaamheidsgraad" in te vullen en terug te sturen.

U hebt reeds een erkenning als een persoon met een verminderde zelfredzaamheid en u wilt geen herziening van deze erkenning:

U moet NIET het bijgevoegde "Onderdeel B - Beoordeling van de zelfredzaamheidsgraad" invullen.

Stuur alleen dit formulier ("Onderdeel A - Administratieve gegevens") ingevuld en ondertekend terug.

7. HANDTEKENING (*)

Naar aanleiding van uw tegemoetkomingsaanvraag zullen wij uw administratieve (gezinssamenstelling, adressen, ...) en financiële (bankgegevens, inkomsten, kadastraal inkomen, ...) gegevens onderzoeken.

Zodra wij alle nodige informatie (administratieve en medische) in ons bezit hebben, kunnen wij een beslissing nemen. Wij zullen u schriftelijk op de hoogte brengen.

⚠ Door dit formulier te ondertekenen, verklaart u akkoord te gaan met deze voorwaarden. Als u niet akkoord gaat, beschikken wij mogelijk over onvoldoende gegevens om uw dossier te verwerken.

Ik ondergetekende

Naam, voornaam:

verklaar op mijn eer dat ik dit formulier correct heb ingevuld en dat de verstrekte informatie juist en volledig is.

Datum: __ / __ / _____ Handtekening:

① *Iriscare - Dienst THAB gebruikt uw persoonsgegevens uitsluitend om uw recht op de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden vast te stellen in regel met de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Meer informatie over de bescherming van persoonsgegevens? Surf naar www.myIriscare.brussels*

Nog vragen? Neem contact met ons op:

Per post: Iriscare - Dienst THAB - Trierstraat 70 bus 2, 1000 Brussel

Per telefoon: 0800 35 499 (gratis) - van 8u30 tot 16u30 (maandag en donderdag van 8u30 tot 12u)

Per e-mail: apa-thab@iriscare.brussels

Of via ons contactformulier: <https://www.myiriscare.brussels/nl/contacteer-ons/>



IRISCARE - Dienst THAB

Trierstraat 70 bus 2, 1000 Brussel

0800 35 499 (gratis)

apa-thab@iriscare.brussels

www.myiriscare.brussels

Aanvraag voor tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB) voor personen die officieel in Brussel verblijven

ONDERDEEL B - BEOORDELING VAN DE ZELFREDZAAMHEIDGRAAD

Formulier in te vullen en terug te sturen naar

 Iriscare - Dienst THAB - Trierstraat 70 bus 2, 1000 Brussel

Dit onderdeel is bestemd voor de dienst bevoegd voor de evaluatie van de autonomie en de handicap in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Beantwoord de onderstaande vragen zo volledig en precies mogelijk.

De met een asterisk gemarkeerde gegevens die via dit formulier worden verzameld, moeten verplicht worden verstrekt. Zoniet beschikt de dienst bevoegd voor de evaluatie van de autonomie en de handicap in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest over onvoldoende informatie om uw aanvraag correct te verwerken of te beantwoorden.

⚠ Indien u al erkend bent als persoon met verminderde zelfredzaamheid en u deze erkenning niet wenst te herzien, dan hoeft u dit formulier niet in te vullen!

1. IDENTIFICATIEGEGEVENS (*)

Rijksregisternummer (op de achterkant van de identiteitskaart): _ _ . _ _ . _ _ - _ _ _ . _ _

Naam:

Voornaam:

2. CONTACTGEGEVENS VAN UW HUISARTS OF SPECIALIST (*)

Naam: M. Mevr.

Voornaam:

Straat: Nr.: Bus:

Postcode: _ _ _ _ Gemeente:

Door het invullen van dit formulier geeft u Iriscare toestemming om het eHealth platform te gebruiken om administratieve formaliteiten te vereenvoudigen, u zoveel mogelijk informatie te verstrekken om uw medisch dossier aan te vullen, de beveiliging van informatie te waarborgen en besluitvorming te versnellen. Indien u niet akkoord gaat, kunt u dit hieronder aangeven.

.....

3. VERBLIJF IN EEN VERZORGINGSINSTELLING OF EEN VERZORGINGSINRICHTING

Verblijft u **momenteel** in een verzorgingsinstelling of een verzorgingsinrichting?

Nee Ja

Is dit verblijf permanent?

Nee Ja.

Datum van opname: __ / __ / ____

Naam: _____

Straat: _____ Nr.: _____ Bus: _____

Postcode: __ __ __ __ Gemeente: _____

4. VOORANGSBEHANDELING

① *In specifieke en zeer kwetsbare gevallen wordt het dossier versneld behandeld en wordt meestal een beslissing genomen "op stukken", d.w.z. op basis van de informatie die u ons hebt opgestuurd. In dat geval hoeft u niet te gaan voor een medisch onderzoek naar één van de medische centra van de dienst bevoegd voor de evaluatie van de autonomie en de handicap in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.*

Kruis het (de) vakje(s) hieronder aan dat (die) op u van toepassing is (zijn):

- U krijgt chemo- of radiotherapie in een ziekenhuis
- U krijgt, in het kader van chemo- of radiotherapie, dagelijkse zorg aan huis van verpleegkundigen of verpleeghulpen
- U lijdt aan een degeneratieve of neurologische aandoening die snel verergert



5. INVLOED OP UW DAGELIJKS LEVEN (*)

Om de invloed van uw verminderde zelfredzaamheid op uw dagelijks leven zo goed mogelijk te kunnen beoordelen, vragen wij u de moeilijkheden die u ondervindt in te vullen aan de hand van de volgende schaal:

- **Geen moeilijkheden** = geen bijzondere inspanningen, geen bijzondere hulpmiddelen.
- **Weinig moeilijkheden** = weinig bijkomende inspanningen of weinig afhankelijk van bijzondere hulpmiddelen.
- **Grote moeilijkheden** = grote bijkomende inspanningen of erg afhankelijk van bijzondere hulpmiddelen.
- **Onmogelijk** = Onmogelijk zonder hulp van iemand anders of in een gebouw dat niet is aangepast of zonder een volledig aangepaste omgeving.

U **dient alle volgende vragen** te beantwoorden.

Als de moeilijkheden de laatste dertig dagen niet voortdurend aanwezig waren, vermeld dan de moeilijkheden die u in het algemeen hebt ervaren. **Geef in de opmerkingen concrete voorbeelden** van de ondervonden moeilijkheden.

5.1. U BINNENSHUIS EN BUITENSHUIS VERPLAATSEN

Welke moeilijkheden hebt u de afgelopen dertig dagen ervaren om:

- **zelfstandig te stappen, zonder de hulp van wie dan ook en op een vlakke ondergrond, zonder te stoppen en aan een normaal ritme?**
 Geen moeilijkheden Weinig moeilijkheden Grote moeilijkheden Onmogelijk
- **de trap te nemen, een hindernis te ontwijken of uw evenwicht te bewaren?**
 Geen moeilijkheden Weinig moeilijkheden Grote moeilijkheden Onmogelijk
- **zelfstandig de weg te vinden, zonder de hulp van iemand anders?**
 Geen moeilijkheden Weinig moeilijkheden Grote moeilijkheden Onmogelijk

Opmerking:

.....

.....

.....

MED_FORM_NL (2025.03.14.12.59.07)

5.2. VOOR UZELF KOKEN EN BOODSCHAPPEN DOEN

Welke moeilijkheden hebt u de afgelopen dertig dagen ervaren om:

- **zelfstandig boodschappen te doen, te koken of te eten?**

Geen moeilijkheden Weinig moeilijkheden Grote moeilijkheden Onmogelijk

Opmerking:

.....

.....

.....

5.3. UZELF WASSEN EN AANKLEDEN

Welke moeilijkheden hebt u de afgelopen dertig dagen ervaren om:

- **u aan en uit te kleden?**

Geen moeilijkheden Weinig moeilijkheden Grote moeilijkheden Onmogelijk

- **naar het toilet te gaan?**

Geen moeilijkheden Weinig moeilijkheden Grote moeilijkheden Onmogelijk

Opmerking:

.....

.....

.....

5.4. UW HUIS ONDERHOUDEN

Welke moeilijkheden hebt u de afgelopen dertig dagen ervaren om:

- **uw huis te onderhouden?**

Geen moeilijkheden Weinig moeilijkheden Grote moeilijkheden Onmogelijk

Opmerking:

.....

.....

.....



5.5. ZELFSTANDIGHEID

Welke moeilijkheden hebt u de afgelopen dertig dagen ervaren om:

- **zelfstandig met nieuwe en onverwachte omstandigheden om te gaan?** *Bijvoorbeeld: zelf gevaar kunnen inschatten en vermijden.*

Geen moeilijkheden Weinig moeilijkheden Grote moeilijkheden Onmogelijk

- **om zelfstandig te wonen, uw goederen te beheren en voor uw gezondheid te zorgen?** *Bijvoorbeeld: uw behandeling volgen.*

Geen moeilijkheden Weinig moeilijkheden Grote moeilijkheden Onmogelijk

Opmerking:

.....

.....

.....

5.6. COMMUNICEREN MET ANDEREN

Welke moeilijkheden hebt u de afgelopen dertig dagen ervaren om:

- **contact te leggen en te onderhouden met een onbekende en om uw behoeften en gevoelens te uiten?**

Geen moeilijkheden Weinig moeilijkheden Grote moeilijkheden Onmogelijk

- **iemand te zien, te horen en te begrijpen?**

Geen moeilijkheden Weinig moeilijkheden Grote moeilijkheden Onmogelijk

Opmerking:

.....

.....

.....

5.7. BIJKOMENDE INFORMATIE OVER DE IMPACT VAN UW ZIEKTE OF HANDICAP

Welke activiteiten kan u door gezondheidsproblemen niet meer doen, waardoor uw welzijn daalt? Als die activiteiten nog niet ter sprake kwamen in de vorige vragen, kan u ze hier beschrijven. Beschrijf met eigen woorden hoe uw ziekte of handicap uw dagelijkse activiteiten beïnvloedt.

.....

.....

.....

MED_FORM_NL (2025.03.14.12.59.07)

6. HANDTEKENING (*)

Onze dienst zal deze medische vragenlijst naar de dienst bevoegd voor de evaluatie van de autonomie en de handicap in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest sturen, die contact zal opnemen met uw huisarts of specialist om uw verminderde zelfredzaamheid te beoordelen.

Indien nodig, krijgt u een oproep voor een medisch onderzoek.

Zodra wij alle nodige informatie (administratieve en medische) in ons bezit hebben, kunnen wij een beslissing nemen. Wij zullen u schriftelijk op de hoogte brengen.

⚠ Door dit formulier te ondertekenen, verklaart u akkoord te gaan met deze voorwaarden. Als u niet akkoord gaat, beschikt de dienst bevoegd voor de evaluatie van de autonomie en de handicap in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest mogelijk over onvoldoende gegevens om uw dossier te verwerken.

Ik ondergetekende

Naam, voornaam:

verklaar op mijn eer dat ik dit formulier correct heb ingevuld en dat de verstrekte informatie juist en volledig is.

Datum: ___ / ___ / _____ Handtekening:

① *Iriscare - Dienst THAB gebruikt uw persoonsgegevens uitsluitend om uw recht op de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden vast te stellen in regel met de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Meer informatie over de bescherming van persoonsgegevens? Surf naar www.myIriscare.brussels*

Nog vragen? Neem contact met ons op:

Per post: Iriscare - Dienst THAB - Trierstraat 70 bus 2, 1000 Brussel

Per telefoon: 0800 35 499 (gratis) - van 8u30 tot 16u30 (maandag en donderdag van 8u30 tot 12u)

Per e-mail: apa-thab@iriscare.brussels

Of via ons contactformulier: <https://www.myiriscare.brussels/nl/contacteer-ons/>

① *De FOD Sociale Zekerheid - Directie-generaal Personen met een handicap blijft bevoegd voor een reeks voordelen die verband houden met uw verminderde zelfredzaamheid. Personen die 65 jaar of ouder zijn en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wonen, kunnen deze aanvragen indienen in **MyHandicap**:*

- *Aanvraag voor een parkeerkaart;*
- *Aanvraag voor een kortingskaart voor openbaar vervoer;*
- *Aanvraag van een specifieke erkenning van handicaps in het kader van de verlaging van de BTW op motorvoertuigen en vrijstelling van verkeersbelasting.*

Voor meer informatie, zie <https://handicap.belgium.be>.