# IHP-002-Autorisation spécifique de mise en service

## QUESTIONNAIRE INITIATIVES D'HABITATIONS PROTEGEES

## Arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques

## Arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément des initiatives d'habitations protégées pour des patients psychiatriques

*A compléter lorsqu'une IHP souhaite se voir attribuer de nouvelles places*

**\*** *Pour le traitement optimal de votre demande, il est nécessaire de répondre à* ***toutes les questions*** *reprises dans ce questionnaire.*

* **Si la demande se fait par voie postale: veuillez envoyer ce questionnaire à l'adresse suivante:**

Vivalis administration de la Commission communautaire commune

Direction Santé et Aide aux Personnes

Rue Belliard 71, boîte 1

1040 Bruxelles

* **Si la demande se fait de façon numérique (via** [**IRISbox),**](https://irisbox.irisnet.be/irisbox/enterprise) **le questionnaire et documents peuvent directement être envoyés via cette plateforme**
* **Vous pouvez également introduire votre demande par courrier électronique à l'adresse suivante :** **agrements-erkenningen@vivalis.brussels**

**DEMANDE D'AUTORISATION SPECIFIQUE DE MISE EN SERVICE ET D'EXPLOITATION DE NOUVELLE(S) PLACE(S)**

**Partie A**

1. **Généralités**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’institution** |  |
| Numéro d’agrément de l'institution- *si connu* |  |
| Adresse du siège social  |  |
| Email |  |
| Téléphone |  |
| Site internet |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Identification du pouvoir organisateur  |  |
| Forme juridique |  |
| Numéro d'entreprise (BCE) |  |
| Nom et prénom du gestionnaire et du directeur de l'institution |  |

1. **Coordonnées de la personne responsable du fonctionnement de l'IHP** *(le coordinateur/ directeur)*

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom  |  |
| Fonction |  |
| Email  |  |
| Téléphone |  |

1. **Coordonnées de la personne de contact** *(si différentes de celles du coordinateur /directeur)*

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom  |  |
| Fonction |  |
| Email  |  |
| Téléphone |  |

**Partie B**

1. **Tableau du personnel**

*Veuillez compléter le tableau ci-dessous avec le nom et prénom, la qualification, le numéro de visa et le temps de travail de chaque travailleur* *(en mentionnant les réductions de temps de travail 45+, 50+, 55+ et autres dispenses de prestation comme les maladies de longue durée, les écartements prophylactiques etc.).*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom et prénom  | Qualification  | Numéro de Visa- *si d'application* | Temps de travail (ETP) | Temps de travail pour les missions d'organisation des activités journalières (ETP) | Réduction de temps de travail ou autre dispense de prestation  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **TOTAL** |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom du ou des médecin(s) spécialiste(s) en neuropsychiatrie ou en psychiatrie  | Numéro INAMI  | Temps de travail (ETP)  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Tableau des places**

*Veuillez indiquer les adresses des places et modifications éventuelles (places existantes et demandes de nouvelles places).*

* **Situation actuelle**

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse(s) | Nombre de place(s) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **TOTAL** |  |

* **Situation projetée/future***- si connu*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Objet(s) | Adresse(s) | Nombre de place(s) |
| Nouvelle(s) place(s) |  |  |
|  |  |  |
|  | **TOTAL** |  |

1. **Informations sur la demande**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de place(s) demandées** |  |
| **Date prévue pour l'ouverture des places (estimation)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Description du type de logement et des adresses concernées (communautaire ou individuel**)- *si connu* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Description du ou des projet(s) spécifique(s) concerné(s**)- *si d'application* |  |

* Avez-vous des remarques à formuler sur les informations demandées ?
* Avez-vous d'autres éléments à communiquer dans le cadre de cette demande ?

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et signature du gestionnaire **Date…………………………...** | Nom et signature du directeur /coordinateur **Date…………………………...** |

**DOCUMENTS JUSTIFICATIFS POUR UNE DEMANDE D'AUTORISATION DE MISE EN SERVICE ET D4EXPLOITATION DE NOUVELLES PLACES IHP**

* 1. **Le questionnaire** (IHP-002 **autorisation spécifique de mise en service et d'exploitation**)complété et signé;
	2. Un document dans lequel **l'association justifie sa demande** de nouvelles places IHP
	3. Tout **autre document pertinent** et/ou ayant fait l'objet de modification depuis le dernier contrôle.