|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Jaarverslag van een project voor personen met een handicap in de gevangenis** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ***Waarvoor dient dit formulier?***  *Met dit formulier rapporteert u jaarlijks over de werking van uw project voor personen met een handicap, conform artikel 9 van het besluit van de Vlaamse Regering van 24 november 2017 over de erkenning en de subsidiëring van voorzieningen die ondersteuning bieden aan personen met een handicap in de gevangenis, en van units voor geïnterneerden.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Identificatiegegevens** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1** | **Vul de gegevens van uw organisatie in.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | naam | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | vergunningsnummer | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  | . |  |  |  |  | . |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | werkjaar | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Werkingsgegevens** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2** | **Geef per categorie het aantal personen dat ondersteuning kreeg.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **categorie** | | | | | | | | | | | |  |  | **aantal personen** | | | | | |
|  | geïnterneerde personen | | | | | | | | | | | |  |  |  | | | | personen | |
|  | gedetineerde personen | | | | | | | | | | | |  |  |  | | | | personen | |
|  | beklaagde personen | | | | | | | | | | | |  |  |  | | | | personen | |
|  | **totaal aantal ondersteunde personen** | | | | | | | | | | | |  |  |  | | | | personen | |
| **3** | **Geef het aantal ondersteunde personen volgens de aard van hun handicap.**  *Als iemand een meervoudige handicap heeft, telt u alleen de handicap met de zwaarste impact op het functioneren.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **aard van de handicap** | | | | | | | | | | | |  |  | **aantal personen** | | | | | |
|  | fysieke beperking | | | | | | | | | | | |  |  |  | | | | personen | |
|  | verstandelijke beperking | | | | | | | | | | | |  |  |  | | | | personen | |
|  | stem- of spraakstoornis | | | | | | | | | | | |  |  |  | | | | personen | |
|  | visuele beperking | | | | | | | | | | | |  |  |  | | | | personen | |
|  | auditieve beperking | | | | | | | | | | | |  |  |  | | | | personen | |
|  | autisme | | | | | | | | | | | |  |  |  | | | | personen | |
|  | niet-aangeboren hersenletsel (NAH) | | | | | | | | | | | |  |  |  | | | | personen | |
| **4** | **Geef het aantal ondersteunde personen volgens leeftijdscategorie.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **leeftijdscategorie** | | | | | | | | | | | |  |  | **aantal personen** | | | | | |
|  | 18 – 25 jaar | | | | | | | | | | | |  |  |  | | | | personen | |
|  | 26 – 40 jaar | | | | | | | | | | | |  |  |  | | | | personen | |
|  | 41 – 65 jaar | | | | | | | | | | | |  |  |  | | | | personen | |
|  | +65 jaar | | | | | | | | | | | |  |  |  | | | | personen | |
| **5** | **Geef het aantal ondersteunde personen volgens geslacht.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **geslacht** | | | | | | | | | | | |  |  | **aantal personen** | | | | | |
|  | man | | | | | | | | | | | |  |  |  | | | | personen | |
|  | vrouw | | | | | | | | | | | |  |  |  | | | | personen | |
| **6** | **Geef het aantal ondersteunde personen volgens de duur van de ondersteuning.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **duur van de ondersteuning** | | |  |  | **geïnterneerden** | |  |  | | **gedetineerden** | | | | |  |  | **beklaagden** | | |
|  | minder dan 2 maanden | | |  |  |  | personen |  |  | |  | personen | | | |  |  |  | | personen |
|  | 2 tot 6 maanden | | |  |  |  | personen |  |  | |  | personen | | | |  |  |  | | personen |
|  | 6 tot 12 maanden | | |  |  |  | personen |  |  | |  | personen | | | |  |  |  | | personen |
|  | meer dan 12 maanden | | |  |  |  | personen |  |  | |  | personen | | | |  |  |  | | personen |
| **7** | **Geef het aantal ondersteunde personen volgens de aard van de geboden ondersteuning.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **aard van de ondersteuning** | | | | | | | | | | | |  |  | **aantal personen** | | | | | |
|  | handicapspecifieke dagondersteuning | | | | | | | | | | | |  |  |  | | | | personen | |
|  | psychosociale begeleiding | | | | | | | | | | | |  |  |  | | | | personen | |
|  | overdracht van handicapspecifieke knowhow en forensisiche expertise aan andere actoren | | | | | | | | | | | |  |  |  | | | | personen | |
| **8** | **Beschrijf kort de dagondersteuning die uw organisatie biedt.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9** | **Beschrijf kort de begeleiding die uw organisatie biedt.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **10** | **Geef het aantal personen volgens uitstroom.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **uitstroom naar** | | |  |  | **geïnterneerden** | |  |  | **gedetineerden** | | | | | |  |  | **beklaagden** | | |
|  | andere gevangenis | | |  |  |  | personen |  |  |  | | personen | | | |  |  |  | | personen |
|  | FPC | | |  |  |  | personen |  |  |  | | personen | | | |  |  |  | | personen |
|  | mid-security van de psychiatrie | | |  |  |  | personen |  |  |  | | personen | | | |  |  |  | | personen |
|  | andere afdeling psychiatrie | | |  |  |  | personen |  |  |  | | personen | | | |  |  |  | | personen |
|  | forensische VAPH-unit | | |  |  |  | personen |  |  |  | | personen | | | |  |  |  | | personen |
|  | reguliere VAPH-ondersteuning | | |  |  |  | personen |  |  |  | | personen | | | |  |  |  | | personen |
|  | reguliere niet-VAPH-ondersteuning | | |  |  |  | personen |  |  |  | | personen | | | |  |  |  | | personen |
|  | andere: |  | |  |  |  | personen |  |  |  | | personen | | | |  |  |  | | personen |
|  | **totaal** | | |  |  |  | **personen** |  |  | |  | **personen** | | | |  |  |  | | **personen** |
| **11** | **Beschrijf kort de samenwerking met andere actoren die betrokken zijn bij de ondersteuning van de geïnterneerden en de gedetineerden.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **12** | **Beschrijf kort de belangrijkste knelpunten en opportuniteiten.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Ondertekening** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **13** | **Vul de onderstaande verklaring in.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Ik verklaar dat de informatie en de gegevens in dit formulier correct zijn.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | datum | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | dag |  |  | maand |  |  | jaar |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | handtekening | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | voor- en achternaam | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | functie | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Aan wie bezorgt u dit formulier?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **14** | *Scan het ondertekende jaarverslag in en mail het naar jaarverslagen-zorg@vaph.be vóór 30 maart van het kalenderjaar dat volgt op het kalenderjaar waarop het jaarverslag betrekking heeft.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |