Gemeentebestuur Berlaar – Dienst Financiën – Markt 1, 2590 Berlaar
T 03 410 19 13 – F 03 482 49 14 – financien@berlaar.be

Aanvraag sociale toelage DIFTAR wegens incontinentie of andere medische redenen en voor onthaalouders of erkende opvanggezinnen.

Ondergetekende :

Uw gegevens

Naam ..... Voornaam .....

Adres ..... Huisnummer .....Bus .....

Telefoon- of GSM nummer .....

Rijksregisternummer (alleen in te vullen als u zelf gezinshoofd bent) – Het rijksregisternummer vindt u op de achterzijde van uw elektronische identiteitskaar)

.....

Gegevens van uw gezinshoofd

Indien u zelf geen gezinshoofd bent, vermeld dan hier de gegevens van het gezinshoofd. Bent u zelf gezinshoofd, dan moet u hier niets invullen.

Naam .....Voornaam .....Rijksregisternummer.....

Aankruisen welk formulier voor u van toepassing is :

- o Beslissing van het ziekenfonds : incontinentieforfait voor zwaar zorgbehoevende personen (RIZIV)
- o Beslissing van het Vlaams Agentschap voor Personen met een handicap (VAPH) inzake incontinentieforfait
- o Attest van behandelende arts – zie invulmodel op keerzijde
- o Jaarlijks een geldig bewijs van Kind en Gezin

De gemeente stort de sociale toelage voor het einde van het jaar op uw diftar provisierekening.

Handtekening:

Bezorg deze aanvraag samen met het attest tot uiterlijk 15 november an:
Onthaal- Markt 1 – 2590 Berlaar
Tel. 03/410.19.13 – mail: viviane.smits@berlaar.be

Gemeentebestuur Berlaar – Dienst Financiën – Markt 1, 2590 Berlaar
T 03 410 19 13 – F 03 482 49 14 – financien@berlaar.be

LUIK IN TE VULLEN DOOR UW ARTS

(alleen in te vullen als u geen attest van het ziekenfonds of van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap kunt voorleggen)

Gegevens behandelende arts:

Naam en voornaam.....

RIZIV-nummer.....

Verklaring op erewoord

Verklaart hierbij dat bovenvermelde persoon.....

Voldoet aan de medische voorwaarden met een score 3 of 4, voor het criterium incontinentie, van het afhankelijkheidsrooster vastgelegd in het KB van 2 juni 1988 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor incontinentiemateriaal en dit:

- o Voor onbeperkte tijd
- o Voor de periode ...../..../..... tot ...../...../..... (minimum 1 jaar ononderbroken)

Verklaart hierbij dat bovenvermelde persoon omwille van medische redenen, anders dan incontinentie (bijvoorbeeld nierdialyse aan huis, stomapatiënt, huidziekte met blaarvorming en loslating opperhuid,...) extra verzorgingsmateriaal gebruikt en dit:

- o Voor onbeperkte tijd
- o Voor de periode ...../..../..... tot ...../...../..... (minimum 1 jaar ononderbroken)

Ondertekening

Datum handtekening + stempel