# AANVRAAG OM DE TEGEMOETKOMING VOOR VERZORGING EN BIJSTAND IN DE HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN

**Referenties**

Inrichting

V.I.

**Type bed**: [ ] RVT-bed [ ] ROB-bed

## VRAGENDE INRICHTING

RIZIV-nummer:

Benaming:

Adres:

## VERZEKERINGSINSTELLING:

Nr. Ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum:

Benaming:

Adres:

## RECHTHEBBENDE:

Inschrijvingsnummer Sociale Zekerheid (SIS-kaart) :

NAAM – Voornaam:

Geboortedatum:

Adres:

Opnemingsdatum: uur:   
Bij wederopneming moet de datum en het uur van wederopneming worden vermeld

Datum van de aanvraag:

Ik verklaar dat de rechthebbende in de inrichting is opgenomen op de datum en het uur dat hiervoren is vermeld.

Ik ben verantwoordelijk voor de verzorging van de rechthebbende, die gedekt is door de forfaitaire tegemoetkoming die ik aanvraag.

Ik vraag de tegemoetkoming aan die overeenkomt met de volgende categorie:

[ ] Categorie 0 [ ] Categorie A [ ] Categorie B [ ] Categorie C [ ] categorie Cdement [ ] categorie D [ ] categorie Ccoma.

Kortverblijf: [ ] JA [ ] NEEN

Het betreft hier:

[ ] een eerste aanvraag \*

[ ] een transfer zonder verandering van categorie (de betalingsverbintenis van   
 blijft verder gelden)

[ ] een transfer met verandering van categorie\*

[ ] een verandering van categorie\*

[ ] een heropname binnen de 30 dagen zonder verandering van categorie (de betalingsverbintenis van blijft verder gelden)

[ ] een heropname na een termijn van minder dan 30 dagen met verandering van categorie\*

\* Hierbij voeg ik onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend geneesheer, de evaluatieschaal tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming.

\* In geval van een hogere afhankelijkheidsgraad, voeg ik hierbij eveneens een uitvoerig verslag.

\* Indien het gaat om een eerste opname van een rechthebbende uit de categorie Ccoma, voeg ik hierbij onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend geneesheer, een door een deskundig ziekenhuiscentrum opgemaakt medisch verslag, waaruit blijkt dat de rechthebbende beantwoordt aan de criteria van die categorie.

De verantwoordelijke van de inrichting.

Datum:

Handtekening – Naam:

# KENNISGEVING EN BETALINGSVERBINTENIS OM DE TEGEMOETKOMING VOOR VERZORGING EN BIJSTAND IN DE HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN

**Referenties**

Inrichting

V.I.

**Type bed**: [ ] RVT-bed [ ] ROB-bed

## VRAGENDE INRICHTING

RIZIV-nummer:

Benaming:

Adres:

## VERZEKERINGSINSTELLING:

Nr. Ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum:

Benaming:

Adres:

## RECHTHEBBENDE:

Inschrijvingsnummer Sociale Zekerheid (SIS-kaart) :

NAAM – Voornaam:

Geboortedatum:

Adres:

## BETALINGSVERBINTENIS

De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe het bedrag van tegemoetkoming te vergoeden volgens de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor de rechthebbende ondergebracht in de   
categorie [ ] 0 -[ ] - A [ ] - B [ ] - C [ ] - Cdement [ ] - D [ ] - Ccoma vanaf

**Code gerechtigde**

KG 1

KG 2

Voor [ ] het ziekenfonds of [ ] de gewestelijke Dienst of [ ]het gewestelijk geneeskundig centrum,

De verantwoordelijke:

Datum:

Handtekening – Naam:

# WEIGERING VAN TEGEMOETKOMING VOOR VERZORGING EN BIJSTAND IN DE HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN

**Referenties**

Inrichting

V.I.

## INRICHTING

Erkenningsnummer of Registratienummer:

Benaming:

Adres:

## VERZEKERINGSINSTELLING:

Nr. Ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum:

Benaming:

Adres:

## RECHTHEBBENDE:

Inschrijvingsnummer Sociale Zekerheid (SIS-kaart) :

NAAM – Voornaam:

Geboortedatum:

Adres:

## REDEN VAN DE WEIGERING

De verzekeringsinstelling weigert de tegemoetkoming voorzien door de reglementering betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, om hierboven vermelde reden.

Voor [ ] het ziekenfonds of [ ] de gewestelijke Dienst of [ ]het gewestelijk geneeskundig centrum,

De verantwoordelijke,

Datum:

Handtekening – Naam: