

In te vullen door de zorgbehoevende of zijn vertegenwoordiger

Gegevens van de zorgbehoevende

1 Vul hieronder de gegevens in.

voornaam en naam :

adres :

verblijfplaats (indien anders dan adres) :

geslacht :

geboortedatum :

nationaliteit :

rijksregisternummer :

bankrekeningnummer zorgbehoevende :

naam zorgkas :

identificatienummer bij zorgkas :

Gegevens van de vertegenwoordiger van de zorgbehoevende

Enkel in te vullen als de vertegenwoordiger in plaats van de zorgbehoevende het aanvraagformulier invult

2 Vul hieronder de gegevens in.

voornaam en naam :

adres :

Gegevens met betrekking tot de zorgvorm

3 Kruis aan waarvoor de zorgbehoevende of zijn vertegenwoordiger een aanvraag voor tenlasteneming doet (kruis slechts één vakje aan):

- mantelzorg
- professionele thuiszorg en/of producten
- mantelzorg en professionele thuiszorg en/of producten
- residentiële zorg (aan te vragen vanaf 1 juli 2002)

Vaststelling van de ernst en de duur van het verminderd zelfzorgvermogen (= indicatiestelling)

De vaststelling van de ernst en de duur van het verminderd zelfzorgvermogen gebeurt ofwel aan de hand van een attest van erkende zorgbehoevendheid (indien de zorgbehoevende reeds over een indicatiestelling beschikt), ofwel via een nieuwe indicatiestelling door een gemachtigd indicatiesteller.

Indien u over een attest kunt beschikken, ga naar vraag 4.

Indien u een beroep doet op een gemachtigd indicatiesteller, ga naar vraag 5.

4 **Kunt u over een attest van erkende zorgbehoevendheid beschikken?**

De zorgbehoevende beschikt over een attest op basis van een van de hieronder vermelde indicatiestellingen. Als de zorgbehoevende een minderjarige is, kunnen een van zijn ouders of zijn voogd het attest vragen.

a) Attesten op basis van de onderstaande indicatiestellingen worden aanvaard, als deze indicatiestellingen in de loop van de laatste 12 maanden bij de zorgbehoevende werden afgenomen.

Kruis aan welke dienst het attest aan de zorgbehoevende bezorgd heeft, op basis van de erbij vermelde indicatiestellingen.

- het ziekenfonds waarvan de zorgbehoevende lid is, op basis van een van de onderstaande indicatiestellingen:
 - Katz-schaal in de thuisverpleging (minstens score B)
 - evaluatieschaal tegemoetkoming in een verzorgingsinrichting (minstens score C)
 - bewijs van opname in psychiatrisch verzorgingstehuis
- de dienst voor gezinszorg waarop de zorgbehoevende een beroep doet, op basis van de volgende indicatiestelling:
 - BEL-profielschaal in de gezinszorg (minstens score 35)

b) De volgende indicatiestellingen zijn niet onderworpen aan de termijn van 12 maanden, waarbinnen ze uitgevoerd moeten zijn.

Kruis aan welke dienst het attest aan de zorgbehoevende bezorgd heeft, op basis van de erbij vermelde indicatiestellingen.

- het ministerie van Sociale Zaken (Bestuur van de Maatschappelijke Integratie, Zwarte Lievevrouwestraat 3C, 1000 Brussel) of het ziekenfonds waarvan de zorgbehoevende lid is, op basis van de volgende indicatiestelling:
 - medisch-sociale schaal voor integratietegemoetkoming, tegemoetkoming hulp aan bejaarden, tegemoetkoming hulp van derden (minstens score 15)
- het ministerie van Sociale Zaken of de dienst die de kinderbijslag uitbetaalt, op basis van de volgende indicatiestelling:
 - bijkomende kinderbijslag uit hoofde van het kind (met een ongeschiktheid van ten minste 66% en minstens 7 punten wat betreft graad van zelfredzaamheid)

Ga nu naar vraag 7 en volgende "Verklaringen van de zorgbehoevende of zijn vertegenwoordiger".

5 Doet u een beroep op een gemachtigd indicatiesteller?

Geef de naam van de voorziening die met behulp van de BEL-foto de ernst en de duur van het verminderd zelfzorgvermogen zal vaststellen.

Het gaat hier om diensten voor gezinszorg, OCMW's en centra voor algemeen welzijnswerk die verbonden zijn met de ziekenfondsen. In Brussel zijn het de lokale dienstencentra in plaats van de OCMW's. U kunt deze keuze ook later maken. De zorgkas moet u op uw verzoek een lijst van indicatiestellers uit de regio ter beschikking stellen.

Naam van de gemachtigd indicatiesteller :

6 Kan de zorgbehoevende zich verplaatsen?

ja nee

Indien nee, dan kan de indicatiesteller de zorgbehoevende thuis bezoeken om de ernst en de duur van het verminderd zelfzorgvermogen vast te stellen.

Verklaringen van de zorgbehoevende of zijn vertegenwoordiger

Algemene verklaring

7 Werd voor de zorgbehoevende in het lopende kalenderjaar een aanvraag voor tenlasteneming bij een andere zorgkas ingediend?

ja nee

Indien ja, bij welke zorgkas? :

Verklaring inzake de beperking van de cumulatie van de zorgverzekering met de tenlastenemingen van het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap

8 Is de zorgbehoevende bij het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van personen met een handicap ingeschreven?

ja nee aanvraag is in behandeling

9 Doet de zorgbehoevende een beroep op het persoonsgebonden assistentiebudget?

ja nee aanvraag is in behandeling

10 Verblijft de zorgbehoevende 5 van de 7 dagen in een van de volgende voorzieningen?

tehuis voor niet-werkenden tehuis voor werkenden
 dienst voor beschermd wonen internaat
 centrum voor observatie, oriëntering en medische, psychologische en pedagogische behandeling

11 Staat de zorgbehoevende op een wachtlijst van een van deze voorzieningen?

tehuis voor niet-werkenden tehuis voor werkenden
 dienst voor beschermd wonen internaat
 centrum voor observatie, oriëntering en medische, psychologische en pedagogische behandeling

Verklaring inzake de woonplaats van de zorgbehoevende

12 Heeft de zorgbehoevende de laatste vijf jaar ononderbroken in Vlaanderen of in Brussel gewoond?

- ja nee

Indien u het vakje nee aangekruist hebt, dan kunt u een aanvraag tot regularisatie van de woonvoorwaarde voor de zorgbehoevende indienen. De zorgbehoevende moet hiervoor de nationaliteit hebben van een inwoner van een lidstaat van de Europese Unie en de ledenbijdragen voor de laatste vijf jaar betalen.

13 Diënt u een aanvraag tot regularisatie in waarbij u als bewijs een kopie van de identiteitskaart van de zorgbehoevende bij dit formulier voegt?

- ja nee

Bijlagen

14 Kruis aan welke bijlagen u bij dit aanvraagformulier toevoegt

indien u mantelzorg als een van de zorgvormen gekozen hebt (zie vraag 3) :

- het registratieformulier voor de mantelzorg - het formulier M

voor de vaststelling van het langdurig en ernstig verminderd zelfzorgvermogen (één van beide documenten):

- het attest van erkende zorgbehoevendheid (zie vraag 4)
 het formulier BEL-foto in te vullen door de gemachtigd indicatiesteller (zie vraag 5)

Ondertekening

Ik verklaar dat deze gegevens juist zijn en verbind mij ertoe wijzigingen onmiddellijk aan mijn zorgkas te melden.

Ik geef de uitdrukkelijke toestemming aan mijn zorgkas om medische informatie te verwerken krachtens en binnen de grenzen van het decreet houdende de organisatie van de zorgverzekering.

Ik geef de uitdrukkelijke toestemming om mijn gegevens aan het Vlaams Zorgfonds mee te delen krachtens en binnen de grenzen van het decreet houdende de organisatie van de zorgverzekering.

handtekening van de zorgbehoevende of zijn vertegenwoordiger

Registratieformulier voor de mantelzorg



In te vullen door de zorgbehoevende of zijn vertegenwoordiger

Datum:

Gegevens van de zorgbehoevende

1 Vul hieronder de gegevens in.

voornaam en naam :

adres :

rijksregisternummer :

telefoonnummer :

Gegevens van de mantelzorger of mantelzorgers

2 Vul hieronder de gegevens van de mantelzorger of mantelzorgers in.

voornaam en naam :

adres :

rijksregisternummer :

geboortedatum :

telefoonnummer :

voornaam en naam :

adres :

rijksregisternummer :

geboortedatum :

telefoonnummer :

voornaam en naam :

adres :

rijksregisternummer :

geboortedatum :

telefoonnummer :

voornaam en naam :

adres :

rijksregisternummer :

geboortedatum :

telefoonnummer :

Activiteitenplan

3 Kruis de activiteiten aan die de mantelzorger(s) minstens drie dagen per week verricht(en) voor de zorgbehoevende.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> onderhoud woning | <input type="checkbox"/> gezelschap/aanwezigheid |
| <input type="checkbox"/> was | <input type="checkbox"/> dagstructurering |
| <input type="checkbox"/> strijk | <input type="checkbox"/> toezicht |
| <input type="checkbox"/> boodschappen | <input type="checkbox"/> geldzaken/administratie |

4 Kruis de activiteiten aan waarbij de mantelzorger hulp biedt aan de zorgbehoevende.

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> opstaan | <input type="checkbox"/> ontbijt |
| <input type="checkbox"/> wassen | <input type="checkbox"/> middagmaal |
| <input type="checkbox"/> kleden | <input type="checkbox"/> avondmaal |
| <input type="checkbox"/> toilet | <input type="checkbox"/> slapengaan/inslapen |

Ondertekening

Ondergetekenden bevestigen op eer dat de gegevens op dit formulier met de werkelijkheid overeenstemmen. De mantelzorgers bevestigen op eer dat zij meerderjarig zijn.

De zorgbehoevende of zijn vertegenwoordiger en de mantelzorger verbinden zich ertoe de eventuele stopzetting van mantelzorg onmiddellijk mee te delen aan de zorgkas waarbij de zorgbehoevende aangesloten is. Hij/zij deelt ook elke (ernstige) wijziging in de gezondheidstoestand van de zorgbehoevende onmiddellijk mee aan de zorgkas.

Ik geef de uitdrukkelijke toestemming om mijn gegevens aan het Vlaams Zorgfonds mee te delen krachtens en binnen de grenzen van het decreet houdende de organisatie van de zorgverzekering.

handtekening van de zorgbehoevende
of zijn vertegenwoordiger

handtekening van de mantelzorgers

Art. 9 Wet 8.12.92 ter Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer. De zorgkas beheert volkomen zelfstandig een geautomatiseerd bestand om gegevens op te slaan die betrekking hebben op de uitvoering van het decreet houdende de organisatie van de zorgverzekering. De persoonsgegevens die u hier noteert worden toegevoegd aan ons centraal gegevensbestand, tenzij u dit uitdrukkelijk weigert. U hebt het recht alle gegevens over uzelf ten alle tijde op te vragen en deze desgevallend te laten wijzigen. Richt u hiervoor tot de zorgkas.