

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

Uw gegevens :

Naam : _____ Voornaam : _____

Straat : _____ Huisnummer : _____ Bus : _____

Telefoon- of GSM-nummer : _____

Rijksregisternummer : _____

(terug te vinden op de achterzijde van uw identiteitskaart)

Gegevens van uw gezinshoofd :

(bent u zelf het gezinshoofd, dan moet u hier niets invullen)

Naam : _____ Voornaam : _____

Rijksregisternummer : _____

(terug te vinden op de achterzijde van uw identiteitskaart)

Aankruisen welk formulier voor u van toepassing is :

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

Datum : _____

Handtekening : _____

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

Geef deze aanvraag samen met het attest tot uiterlijk 15 november van het lopende jaar af aan het onthaal van het gemeentehuis.

Meer info : tel 03 410 19 00 of mail financien@berlaar.be

LUIK IN TE VULLEN DOOR DE ARTS

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

Gegevens van de 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 :

- voor onbepaalde tijd
- 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 :

- voor onbepaalde tijd
- voor de periode ____/____/____ tot ____/____/____ (minimum 1 jaar ononderbroken).

Datum : _____

Handtekening + stempel : _____