**Bijlage 46b**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AANVRAAG OM DE TEGEMOETKOMING VOOR VERZORGING EN BIJSTAND IN DE HANDELINGEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN IN EEN PSYCHIATRISCH VERZORGINGSTEHUIS (P.V.T.)** | Referenties | |
|  | Inricht. |  |
| Inrichtingen bedoeld in artikel 34, 11°, van de | V.I. |  |
| gecoördineerde wet van 14 juli 1994 |

Erkenningsnummer 

Benaming: .............................................................................................................................................................................................................................

Adres: ....................................................................................................................................................................................................................................

VERZEKERINGSINSTELLING

Nr. Ziekenfonds of

Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum 

Benaming: .............................................................................................................................................................................................................................

Adres: ....................................................................................................................................................................................................................................

RECHTHEBBENDE

Inschrijvingsnummer 

|  |  |
| --- | --- |
| NAAM – Voornaam: ............................................................................... | Geboortedatum: ............................................................................................. |

GERECHTIGDE

Ingeschreven als persoon ten laste in hoedanigheid van echtgenoot of huishoudster - ascendent - descendent (1) Inschrijvingsnummer 

|  |  |
| --- | --- |
| NAAM – Voornaam: ................................................................................. | Geboortedatum: ............................................................................................. |

Adres: ........................................................................................................................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| Opnemingsdatum (2) .................................... uur:................................. | BESLISSING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER |
| Datum van aanvraag: .................................................................................... |  |
| ...................................................................................................................... |  |
| Ik verklaar dat de rechthebbende in de inrichting is – zal worden (1)  opgenomen op de datum en het uur dat hiervoren zijn vermeld. | Akkoord van ................................tot ........................................................... |
| Ik ben verantwoordelijk voor de verzorging van de rechthebbende, zoals deze gedekt is door de forfaitaire tegemoetkoming die ik aanvraag. | Weigering vanaf: .......................................................................................... |
| Het betreft hier: een eerste aanvraag – een verlenging – een transfer – een wederopneming (1) | Eventuele opmerkingen: ............................................................................... |
|  | ....................................................................................................................... |
| Bij wederopneming of transfer: het akkoord van...........................................  tot blijft verder gelden. | ....................................................................................................................... |
| Hierbij voeg ik onder gesloten omslag, gericht aan de adviserend geneesheer, het geneeskundig getuigschrift tot staving van de aanvraag om tegemoetkoming in een P.V.T. | Datum: |
| De verantwoordelijke van de inrichting, | Handtekening en stempel adviserend geneesheer, |
| Datum: .......................................................................................................... |  |
| Handtekening – Naam: ................................................................................. | ...................................................................................................................... |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Vak voor de V.I. | Ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk  geneeskundig centrum | | Inschrijvingsnummer | |
|  | Code gerechtigde | | Alle risico's | 100 % |
| Recht op grote risico's |
| 1 | 2 | 75 % |
|  |  | Kleine risico's |

**BETALINGSVERBINTENIS**

De verzekeringsinstelling verbindt zich ertoe het bedrag van de tegemoetkoming te vergoeden volgens de voorwaarden waarin is voorzien in de reglementering inzake ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Voor het ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig centrum

Stempel van de V.I. De verantwoordelijke, Datum:

Handtekening – Naam

1. Schrappen wat niet past.
2. Bij wederopneming moet de datum en het uur van wederopneming worden vermeld. Exemplaar bestemd voor de administratie van de V.I.

127