**Bijlage 46c**

|  |  |
| --- | --- |
| **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:.............................................................................................. |

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

GERECHTIGDE

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 Gewestelijkgeneeskundig centrum | Inschrijvingsnummer |
|  | Code gerechtigde |  |
| Alle risico's | 100 % |
| 1 | 2 | Recht op grote risico's |
|  |  | Kleine risico's | 75 % |

**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.

centrum

Voor het ziekenfonds of Gewestelijke dienst of Gewestelijk geneeskundig

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 terug te zenden aan de instelling.

128