

MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

N. 2004 — 2450

[C — 2004/36003]

**30 JANUARI 2004. — Ministerieel besluit
houdende de bepaling van de formulieren in verband met de zorgverzekering**

De Vlaamse minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen,

Gelet op het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering, gewijzigd bij de decreten van 22 december 1999, 8 december 2000, 18 mei 2001 en 20 december 2002;

Gelet op het besluit van de Vlaamse regering van 28 september 2001 houdende de erkenning, de registratie en de machtiging, en houdende de aansluiting, de aanvraag en de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering, zoals gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse regering van 14 december 2001, 25 oktober 2002, 13 december 2002, 9 mei 2003 en 14 november 2003;

Gelet op het besluit van de Vlaamse regering van 14 november 2003 houdende de voorwaarden van de vaststelling, de uitbetaling en de terugvordering van de subsidies van de zorgkassen in het kader van de zorgverzekering voor het jaar 2004, zoals gewijzigd bij het besluit van de Vlaamse regering van 12 december 2003;

Gelet op het besluit van de Vlaamse regering van 3 juli 2002 tot bepaling van de bevoegdheden van de leden van de Vlaamse regering, zoals gewijzigd bij de besluiten van de Vlaamse regering van 29 augustus 2003 en 24 oktober 2003,

Besluit :

Artikel 1. In uitvoering van artikel 21, § 1, artikel 29, en artikel 34, § 1, van het besluit van de Vlaamse regering van 28 september 2001 houdende de erkenning, de registratie en de machtiging, en houdende de aansluiting, de aanvraag en de tenlasteneming in het kader van de zorgverzekering, gebruikt de gebruiker of zijn vertegenwoordiger een van de volgende formulieren :

- 1° het aanvraagformulier dat als bijlage I bij dit besluit gevoegd is, voor een aanvraag voor mantel- en thuiszorg;
- 2° het aanvraagformulier dat als bijlage II bij dit besluit gevoegd is, voor een aanvraag voor residentiële zorg.

Art. 2. In uitvoering van artikel 37, § 1, van hetzelfde besluit gebruikt de door de zorgkas aangewezen indicatiesteller het formulier dat als bijlage III bij dit besluit gevoegd is.

Art. 3. In uitvoering van artikel 19, § 1, eerste lid, van hetzelfde besluit gebruikt de aangeslotene het mutatieformulier dat als bijlage IV bij dit besluit gevoegd is.

Art. 4. In uitvoering van artikel 19, § 1, tweede lid, van hetzelfde besluit gebruikt de aangeslotene om zijn verandering van zorgkas te herroepen, het formulier dat als bijlage V bij dit besluit gevoegd is.

Art. 5. In uitvoering van artikel 8, § 4, van het besluit van de Vlaamse regering van 14 november 2003 houdende de voorwaarden van de vaststelling, de uitbetaling en de terugvordering van de subsidies van de zorgkassen in het kader van de zorgverzekering voor het jaar 2004, wordt voor de registratie van de mantelzorgers het formulier gebruikt, dat als bijlage VI bij dit besluit gevoegd is.

Art. 6. Het ministerieel besluit van 23 december 2002 houdende de bepaling van de formulieren in verband met de zorgverzekering wordt opgeheven.

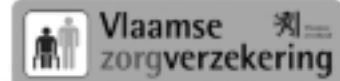
Art. 7. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2004.

Brussel, 30 januari 2004.

A. BYTTEBIER

Bijlage I bij het ministerieel besluit van
houdende de bepaling van de formulieren in verband met de
zorgverzekering.

Aanvraagformulier voor mantel- en thuiszorg
(te gebruiken vanaf 1 januari 2004)



In te vullen door de zorgbehoevende bij een aanvraag voor mantel- en thuiszorg of een verandering van zorgvorm naar mantel- en thuiszorg

Als een vertegenwoordiger van de zorgbehoevende dit formulier ondertekent, dan moet de bijlage 'gegevens van de vertegenwoordiger van de zorgbehoevende' ingevuld worden

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 (indien gekend) :

telefoonnummer (facultatief):

Art. 9 Wet 8.12.92 ter Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer.

De zorgkas beheert volkomen zelfstandig een geautomatiseerd adressenbestand 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.

Verklaringen met betrekking tot de zorgbehoevende

Verklaring inzake de woonplaats van de zorgbehoevende

2. 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.

3. Dient u een aanvraag tot regularisatie in waarbij u als bewijs een kopie van de identiteitskaart van de zorgbehoevende bij dit formulier voegt?

ja nee

Algemene verklaring

4. 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 de Sociale Integratie van Personen met een Handicap

Indien de zorgbehoevende niet ingeschreven is bij het Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap, kunt u onmiddellijk naar vraag 8 gaan

5. Doet de zorgbehoevende een beroep op het persoonlijk assistentiebudget?

ja nee aanvraag is in behandeling

6. Verblijft de zorgbehoevende op basis van het protocol van verblijf in een voltijds regime 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

7. 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

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 8.
Indien u een beroep doet op een gemachtigd indicatiesteller, ga naar vraag 9.**

8. Kunt u over een attest van erkende zorgbehoevendheid beschikken?

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

Attesten op basis van de onderstaande indicatiestellingen worden aanvaard, als de indicatiestelling op het moment van de aanvraag in het kader van de zorgverzekering nog geldig is.

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)
- de dienst voor gezinszorg waarop de zorgbehoevende een beroep doet, op basis van de volgende indicatiestelling:
 - BEL-profielschaal in de gezinszorg (minstens score 35)
- 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)
 - bijkomende kinderbijslag uit hoofde van het kind op basis van minstens 18 punten op de medisch-sociale schaal, samengesteld uit de pijlers P1, P2 en P3.

Ga nu naar vraag 10

9. 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 gemachtigde indicatiesteller :

Bijlagen**10. Kruis aan welke bijlagen u bij dit aanvraagformulier toevoegt**

voor het ondertekenen van het aanvraagformulier door een vertegenwoordiger van de zorgbehoevende

de bijlage 'Gegevens van de vertegenwoordiger van de zorgbehoevende'

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

het attest van erkende zorgbehoevendheid (zie vraag 8)

het formulier BEL-foto in te vullen door de gemachtigd indicatiesteller (zie vraag 9)

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.

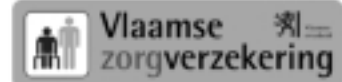
naam en handtekening van de zorgbehoevende of zijn vertegenwoordiger (zie bijlage 'gegevens van de vertegenwoordiger van de zorgbehoevende')

naam:

handtekening:

datum:

**Bijlage: gegevens van de vertegenwoordiger
van de zorgbehoevende**



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

1. Vul de gegevens van de vertegenwoordiger in

voornaam en naam :

adres :

telefoonnummer (facultatief) :

2. Band van de vertegenwoordiger ten opzichte van de zorgbehoevende

Omcirkel wat past:

wettelijke vertegenwoordiger – echtgeno(o)t(e) – zus – broer –(groot)ouder-(klein)kind – andere

Indien “andere” omcirkeld wordt, dan dient een volmacht door de zorgbehoevende aan de vertegenwoordiger verleend te worden door het invullen van punt 3

**Het verlenen van een volmacht aan de vertegenwoordiger door de zorgbehoevende of diens wettelijke
vertegenwoordiger**

3. Vul hieronder de gevraagde gegevens in, onderteken en dateer

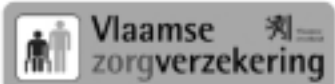
.....[naam zorgbehoevende of diens wettelijke
vertegenwoordiger] geeft hierbij volmacht aan de vertegenwoordiger onder punt 1 om in naam en voor
rekening van de zorgbehoevende alle formaliteiten te verrichten die nodig zijn opdat hij/zij zijn/haar
recht op tenlastenemingen in het kader van de zorgverzekering zou kunnen laten gelden.

handtekening van de zorgbehoevende of zijn wettelijke vertegenwoordiger

datum

.....

BEL-foto
recto-zijde

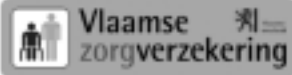
<p>Bijlage: Vaststelling van het langdurig, ernstig verminderd zelfzorgvermogen</p>	
<p>In te vullen door de gemachtigde indicatiesteller</p>	

<p>Gegevens van de gemachtigde indicatiesteller</p> <p>naam van de gemachtigde indicatiesteller :</p> <p>adres :</p> <p>GKB-nummer indicatiesteller:</p> <p>stempel :</p> <p>gezinszorg verstrekt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee</p> <p>voornaam en naam van de persoon die de indicatiestelling uitvoert :</p> <p>diploma:</p>
--

<p>Gegevens van de zorgbehoevende</p> <p><i><u>Vul hieronder de gegevens van de zorgbehoevende in.</u></i></p> <p>rijksregisternummer:</p> <p>voornaam en naam :</p> <p>adres :</p> <p>naam zorgkas waarbij de gebruiker aangesloten is :</p>
--

<p>Ondertekening door de zorgbehoevende</p> <p><i>Ik geef de uitdrukkelijke toestemming om mijn gegevens aan de zorgkas waarbij ik aangesloten ben en aan het Vlaams Zorgfonds mee te delen krachtens en binnen de grenzen van het decreet houdende de organisatie van de zorgverzekering.</i></p> <p>handtekening van de zorgbehoevende</p>

BEL-foto
verso-zijde

BEL-FOTO zorgbehoevende	
naam van de zorgbehoevende :	
duur verminderd zelfzorgvermogen (tussen 0 en 36 maanden):maanden	
datum indicatiestelling :	

A. Huishoudelijke ADL (algemeen dagelijks leven)		Tussensomscore
• onderhoud	0 1 2 3	
• was	0 1 2 3	
• strijk	0 1 2 3	
• boodschappen	0 1 2 3	
• maaltijden bereiden	0 1 2 3	
• organisatie huishoudelijk werk	0 1 2 3	
B. Lichamelijke ADL		Tussensomscore
• wassen	0 1 2 3	
• kleden	0 1 2 3	
• verplaatsen	0 1 2 3	
• toiletbezoek	0 1 2 3	
• incontinentie	0 1 2 3	
• eten	0 1 2 3	
C. Sociale ADL		Tussensomscore
• sociaal verlies	0 1 2 3	
• trouw aan therapie & gezondheidsregels	0 1 2 3	
• veiligheid in en om het huis	0 1 2 3	
• administratie	0 1 2 3	
• financiële verrichtingen	0 1 2 3	
+ indien gezin		
• hygiënische verzorging kinderen	0 1 2 3	
• opvang kinderen	0 1 2 3	
	Subtotaal :	

D. Geestelijke gezondheid		Tussensomscore
• desoriëntatie in tijd	0 1 2 3	
• desoriëntatie in ruimte	0 1 2 3	
• desoriëntatie in personen	0 1 2 3	
• niet-doelgericht gedrag	0 1 2 3	
• storend gedrag	0 1 2 3	
• initiatiefloos gedrag	0 1 2 3	
• neerslachtige stemming	0 1 2 3	
• angstige stemming	0 1 2 3	

Totale profielscore
Handtekening scorende

Bijlage II bij het ministerieel besluit van
houdende de bepaling van de formulieren in verband met de
zorgverzekering.

Deze bijlage stelt het aanvraagformulier voor residentiële zorg vast.

Aanvraagformulier voor residentiële zorg
(te gebruiken vanaf 1 januari 2004)



In te vullen door de zorgbehoevende of zijn vertegenwoordiger bij een aanvraag voor residentiële zorg of een verandering van zorgvorm naar residentiële zorg

Gegevens van de zorgbehoevende

1. Vul hieronder de gegevens in.

voornaam en naam :

adres :

naam en adres residentiële voorziening:.....

.....

datum begin opname in residentiële voorziening:.....

geslacht :

geboortedatum :

nationaliteit :

rijksregisternummer :

bankrekeningnummer zorgbehoevende :

naam zorgkas :

identificatienummer bij zorgkas (indien gekend) :

Gegevens van de vertegenwoordiger

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

2. Vul de gegevens van de vertegenwoordiger in.

voornaam en naam :

adres :

telefoonnummer (facultatief) :

3. Band van de vertegenwoordiger ten opzichte van de zorgbehoevende

Omcirkel wat past:

wettelijke vertegenwoordiger – echtgeno(o)t(e) – zus – broer –(groot)ouder – (klein)kind –
directeur residentiële voorziening – andere

“Directeur residentiële voorziening” kan omcirkeld worden mits doktersattest dat zorgbehoevende niet kan ondertekenen en verklaring van de directeur dat er geen vertegenwoordiger zonder volmacht bekend is.

Als “andere” omcirkeld wordt, dan dient een volmacht door de zorgbehoevende aan de vertegenwoordiger verleend te worden door het invullen van punt 4.

Art. 9 Wet 8.12.92 ter Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer.

De zorgkas beheert volkomen zelfstandig een geautomatiseerd adressenbestand 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.

Het verlenen van een volmacht aan de vertegenwoordiger door de zorgbehoevende of diens wettelijke vertegenwoordiger

4. Vul hieronder de gevraagde gegevens in, onderteken en dateer

.....[naam zorgbehoevende of diens wettelijke vertegenwoordiger]
geeft hierbij volmacht aan de vertegenwoordiger onder punt 2 om in naam en voor rekening van de zorgbehoevende alle formaliteiten te verrichten die nodig zijn opdat hij/zij zijn/haar recht op tenlastenemingen in het kader van de zorgverzekering zou kunnen laten gelden.

handtekening van de zorgbehoevende of zijn wettelijke vertegenwoordiger

datum

Verklaringen

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

ja nee

Indien ja, bij welke zorgkas?

6. 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. Ga hiervoor naar vraag 7.

7. Dient u een aanvraag tot regularisatie in waarbij u als bewijs een kopie van de identiteitskaart van de zorgbehoevende bij dit formulier voegt?

ja nee

Bijlage: verblijfsattest

Voeg het verblijfsattest toe bij dit aanvraagformulier. Het verblijfsattest bewijst de opname in een rusthuis, rust- en verzorgingstehuis of psychiatrisch verzorgingstehuis.

Het verblijfsattest is verkrijgbaar bij het ziekenfonds of de residentiële voorziening waar men verblijft.

U kunt dit attest ook nog een korte tijd na het indienen van dit formulier, aan de zorgkas bezorgen

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 de residentiële voorziening waar ik verblijf om mijn gegevens aan mijn zorgkas mee te delen krachtens en binnen de grenzen van het decreet houdende de organisatie van de zorgverzekering.

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.

naam en handtekening van de zorgbehoevende of zijn vertegenwoordiger (zie punt 2 en 3).

naam:.....

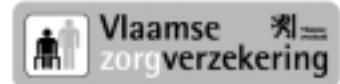
datum:.....

handtekening:

Bijlage III bij het ministerieel besluit van
houdende de bepaling van de formulieren in verband met de
zorgverzekering.

Deze bijlage stelt het formulier bijkomend onderzoek of controle betreffende de vaststelling van het langdurig ernstig verminderd zelfzorgvermogen vast.

**Bijkomend onderzoek of controle
betreffende de vaststelling van het
langdurig, ernstig verminderd zelfzorgvermogen**



In te vullen door de indicatiesteller

voornaam en naam :

diploma :

.....

.....

.....

.....

.....

naam van de zorgkas die u heeft aangesteld :

adres van de zorgkas :

Gegevens van de zorgbehoevende

Vul hieronder de gegevens van de zorgbehoevende in.

voornaam en naam :

adres :

.....

.....

BEL-FOTO zorgbehoevende

naam van de zorgbehoevende :

duur verminderd zelfzorgvermogen:

datum indicatiestelling :

A Huishoudelijke ADL (algemeen dagelijks leven)		Tussensomscore
<ul style="list-style-type: none"> • onderhoud • was • strijk • boodschappen • maaltijden bereiden • organisatie huishoudelijk werk 	0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3	
B Lichamelijke ADL		Tussensomscore
<ul style="list-style-type: none"> • wassen • kleden • verplaatsen • toiletbezoek • incontinentie • eten 	0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3	
C Sociale ADL		Tussensomscore
<ul style="list-style-type: none"> • sociaal verlies • trouw aan therapie & gezondheidsregels • veiligheid in en om huis • administratie • financiële verrichtingen + indien gezin <ul style="list-style-type: none"> • hygiënische verzorging kinderen • opvang kinderen 	0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3	
Subtotaal :		

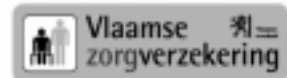
D Geestelijke gezondheid		Tussensomscore
<ul style="list-style-type: none"> • desoriëntatie in tijd • desoriëntatie in ruimte • desoriëntatie in personen • niet-doelgericht gedrag • storend gedrag • initiatiefloos gedrag • neerslachtige stemming • angstige stemming 	0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3 0 1 2 3	

Totale profielscore

Handtekening scorende

Bijlage IV bij het ministerieel besluit van
houdende de bepaling van de formulieren in verband met de
zorgverzekering.

Deze bijlage stelt het mutatieformulier vast.

Mutatief formulier

VRAAG TOT MUTATIE OP (1)
(in te vullen door de aangeslotene)

De ondergetekende Nationaliteit

(naam en voornamen in drukletters)

geboren op wonende te

(volledige datum) (postnummer en woonplaats)

straat nr.

Burgerlijke stand (facultatief)

Rijksregisternummer

Tot op heden aangesloten bij	Wenst aangesloten te worden bij
(vroegere zorgkas) Benaming van de zorgkas	(nieuwe zorgkas)

De ondergetekende geeft hierbij de toelating aan het Vlaams Zorgfonds om zijn gegevens met betrekking tot de aansluiting mee te delen aan de nieuwe zorgkas.

Datum

Handtekening

VERKLARING IN TE VULLEN DOOR DE NIEUWE ZORGKAS

Tot op heden aangesloten bij	Wenst aangesloten te worden bij
- naam zorgkas - identificatienummer - straat en nr. - postnr. en plaats

De ondergetekende, afgevaardigde van de zorgkas, verklaart deze aansluiting te aanvaarden overeenkomstig het decreet houdende de organisatie van de zorgverzekering en haar uitvoeringsbesluiten.

De verandering naar de zorgkas gaat in op

Nummer gegeven aan de aangeslotene (facultatief)

Datum

Stempel van de zorgkas

Handtekening

(1) 1 januari van het jaar volgend op de vraag (voor zover de vraag gesteld is voor 5 december)

Bijlage V bij het ministerieel besluit van
houdende de bepaling van de formulieren in verband met de
zorgverzekering.

Deze bijlage stelt het formulier vast om de verandering van zorgkas te herroepen.

Formulier voor herroeping van de verandering van zorgkas**VRAAG TOT HERROEPING VAN DE MUTATIE (1)**

(in te vullen door de aangeslotene)

De ondergetekende Nationaliteit

(naam en voornamen in drukletters)

geboren op wonende te

(volledige datum)

(postnummer en woonplaats)

straat..... nr.

Rijksregisternummer

Ingediende aanvraag voor verandering van zorgkas

Tot op heden aangesloten bij (vroegere zorgkas) Benaming van de zorgkas	Heb een mutatieformulier ingediend om aangesloten te worden bij (nieuwe zorgkas)
---	---

Herroeping van mijn aanvraag tot verandering van zorgkas

Kruis het vakje aan indien u met de verklaring akkoord gaat:

ik verklaar dat ik, ondanks mijn aanvraag om van zorgkas te veranderen, toch wens aangesloten te blijven bij de zorgkas waarbij ik aangesloten was (de zorgkas in de linkerkolom).

Datum

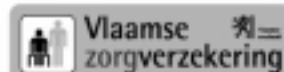
Handtekening

U DIENT DIT FORMULIER TE BEZORGEN AAN DE ZORGKAS WAARBIJ U AANGESLOTEN WAS (DE ZORGKAS IN DE LINKERKOLOM)

(1) de zorgkas waarbij de betrokkene wenst aangesloten te blijven, dient dit formulier voor 15 januari aangetekend te bezorgen aan de zorgkas waarbij een aanvraag voor verandering van zorgvorm was ingediend.

Bijlage VI bij het ministerieel besluit van
houdende de bepaling van de formulieren in verband met de
zorgverzekering.

Deze bijlage stelt het formulier voor de registratie van de mantelzorgers vast.

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 :

relatie met de zorgbehoevende (omcirkel wat past): echtgeno(o)t(e) (1)-partner (2)-moeder (3)-vader (4)-zus (5)-broer (6)-dochter (7)-zoon (8)-buur (9)-andere (10):.....

telefoonnummer :

voornaam en naam :

adres :

rijksregisternummer :

relatie met de zorgbehoevende (omcirkel wat past): echtgeno(o)t(e) (1)-partner (2)-moeder (3)-vader (4)-zus (5)-broer (6)-dochter (7)-zoon (8)-buur (9)-andere (10):.....

telefoonnummer :

voornaam en naam :

adres :

rijksregisternummer :

relatie met de zorgbehoevende (omcirkel wat past): echtgeno(o)t(e) (1)-partner (2)-moeder (3)-vader (4)-zus (5)-broer (6)-dochter (7)-zoon (8)-buur (9)-andere (10):.....

telefoonnummer :

Activiteitenplan

3. Kruis de activiteiten aan die de mantelzorg(er)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 mantelzorg(er) minstens drie dagen per week 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 mantelzorg(er) 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 behoort volkomen zelfstandig een geautomatiseerd adressenbestand 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.



Vlaamse Vlaamse
zorgverzekering

TRADUCTION

MINISTERE DE LA COMMUNAUTE FLAMANDE

F. 2004 — 2450

[C — 2004/36003]

30 JANVIER 2004. — Arrêté ministériel fixant les formulaires concernant l'assurance soins

La Ministre flamande de l'Aide sociale, de la Santé et de l'Egalité des Chances,

Vu le décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, modifié par les décrets des 22 décembre 1999, 8 décembre 2000, 18 mai 2001 et 20 décembre 2002;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 28 septembre 2001 concernant l'agrément, l'enregistrement, le mandat, l'affiliation, la demande et la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins, tel que modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand des 14 décembre 2001, 25 octobre 2002, 13 décembre 2002, 9 mai 2003 et 14 novembre 2003;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 novembre 2003 établissant les conditions de la fixation, du paiement et du recouvrement des subventions allouées aux caisses d'assurance soins dans le cadre de l'assurance soins pour l'année 2004, tel que modifié par l'arrêté du Gouvernement flamand du 12 décembre 2003;

Vu l'arrêté du Gouvernement flamand du 3 juillet 2002 fixant les attributions des membres du Gouvernement flamand, modifié par les arrêtés du Gouvernement flamand des 29 août 2003 et 24 octobre 2003,

Arrête :

Article 1^{er}. En exécution de l'article 21, § 1^{er}, l'article 29, et l'article 34, § 1^{er}, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 28 septembre 2001 concernant l'agrément, l'enregistrement, le mandat, l'affiliation, la demande et la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins, l'utilisateur ou son représentant utilise l'un des formulaires suivants :

1° le formulaire de demande qui est joint en annexe I au présent arrêté, pour toute demande de soins de proximité et soins à domicile;

2° le formulaire de demande qui est joint en annexe II du présent arrêté, pour toute demande de soins résidentiels.

Art. 2. En exécution de l'article 37, § 1^{er}, du même arrêté, l'indicateur désigné par la caisse d'assurance soins utilise le formulaire joint en annexe III du présent arrêté.

Art. 3. En exécution de l'article 19, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, du même arrêté, l'affilié utilise le formulaire de mutation qui est joint en annexe IV du présent arrêté.

Art. 4. En exécution de l'article 19, § 1^{er}, alinéa deux, du même arrêté l'affilié utilisera pour révoquer son changement de caisse d'assurance soins, le formulaire qui est joint en annexe V au présent arrêté.

Art. 5. En exécution de l'article 8, § 4, de l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 novembre 2003 établissant les conditions de la fixation, du paiement et du recouvrement des subventions allouées aux caisses d'assurance soins dans le cadre de l'assurance soins pour l'année 2004, le formulaire joint en annexe VI au présent arrêté sera utilisé pour l'enregistrement d'intervenants de proximité.

Art. 6. L'arrêté ministériel du 23 décembre 2002 fixant les formulaires concernant l'assurance soins est abrogé.

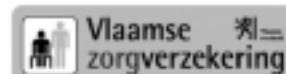
Art. 7. Le présent arrêté produit ses effets à partir du 1^{er} janvier 2004.

Bruxelles, le 30 janvier 2004.

A. BYTTEBIER

Annexe I à l'arrêté ministériel du
fixant les formulaires concernant l'assurance soins.

Formulaire de demande pour soins de proximité et soins à domicile (*à utiliser à partir du 1^{er} janvier 2004*)



A remplir par la personne nécessitant des soins lors d'une demande de soins de proximité et de soins à domicile ou d'une conversion de la forme de soins en soins de proximité et soins à domicile

En cas de signature par un représentant de la personne nécessitant des soins, l'annexe 'données relatives au représentant de la personne nécessitant des soins' doit également être complétée

Données de la personne nécessitant des soins*

1. Veuillez compléter les données suivantes.

prénom et nom :

adresse :

.....

résidence (si autre que l'adresse) :

.....

sexe :

date de naissance :

.....

nationalité :

numéro registre national:

.....

numéro du compte en banque de la personne nécessitant des soins :

.....

nom de la caisse d'assurance soins :

.....

numéro d'identification auprès de la caisse d'assurance soins (si connu) :

.....

numéro de téléphone (facultatif):

.....

* Art. 9 de la Loi 8.12.92 sur la Protection de la Vie privée.

La caisse d'assurance soins gère en toute autonomie un fichier d'adresses informatisé afin d'y sauvegarder les données relatives à l'exécution du décret portant organisation de l'assurance de soins. Sauf refus explicite de votre part, les données personnelles fournies sur le présent formulaire seront ajoutées à notre base de données. Vous avez le droit d'accéder à tout moment aux données vous concernant et le cas échéant, de les faire modifier. A cette fin, vous pouvez vous adresser à la caisse d'assurance soins.

Déclarations relatives à la personne nécessitant des soins

Déclaration relative au domicile de la personne nécessitant des soins

2. La personne nécessitant des soins a-t-elle habité de manière ininterrompue en Flandre ou à Bruxelles durant les cinq dernières années?

oui non

Si vous avez répondu non, vous pouvez introduire une demande de régularisation pour la personne nécessitant des soins pour ce qui concerne le critère de domiciliation. A cette fin, la personne nécessitant des soins doit avoir la nationalité d'un habitant d'un Etat membre de l'Union européenne et payer les cotisations d'affilié pour les cinq dernières années.

3. Introduisez-vous une demande de régularisation ? dans ce cas, vous devez joindre une copie de la carte d'identité de la personne nécessitant des soins au présent formulaire

oui non

Déclaration générale

4. A-t-on introduit durant l'année calendrier en cours une demande de prise en charge auprès d'une autre caisse d'assurance soins pour la personne nécessitant des soins?

oui non

Si oui, auprès de quelle caisse d'assurance soins?

.....

Déclaration relative au cumul de l'assurance soins et des prises en charge du Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap (Fonds flamand pour l'Intégration des Personnes handicapées)

Si la personne nécessitant des soins n'est pas inscrite auprès du Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap, vous pouvez immédiatement passer à la question 8.

5. La personne nécessitant des soins a-t-elle recours au budget d'assistance personnelle?

oui non demande à l'examen

6. La personne nécessitant des soins séjourne-t-elle sur la base du protocole de séjour à temps plein dans l'une des structures suivantes?

maison pour non-travailleurs maison pour travailleurs
 service de logement protégé internat
 centre d'observation, d'orientation et de traitement médical, psychologique et pédagogique

7. La personne nécessitant des soins se trouve-t-elle sur une liste d'attente d'une de ces structures?

maison pour non-travailleurs maison pour travailleurs
 service de logement protégé internat
 centre d'observation, d'orientation et de traitement médical, psychologique et pédagogique

Détermination de la gravité et la durée de l'autonomie réduite (= indication)

La gravité et la durée de l'autonomie réduite sont déterminées soit à l'aide d'une attestation de nécessité de soins reconnue (lorsque la personne nécessitant des soins dispose déjà d'une indication), soit par le biais d'une nouvelle indication par un indicateur autorisé.

Si vous pouvez disposer d'une attestation, passez à la question 8.

Si vous faites appel à un indicateur autorisé, passez à la question 9.

8. Pouvez-vous disposer d'une attestation de nécessité de soins?

La personne nécessitant des soins dispose d'une attestation sur la base de l'une des indications définies ci-après. Lorsque la personne nécessitant des soins est mineur d'âge, l'un de ses parents ou son tuteur peuvent demander l'attestation.

Des attestations sur la base des indications ci-dessous sont admises, lorsque l'indication n'est pas encore valable au moment de la demande dans le cadre de l'assurance soins.

Cochez le service qui a délivré l'attestation à la personne nécessitant des soins, sur la base des indications mentionnées.

- la mutuelle dont la personne nécessitant des soins est membre, sur la base de l'une des indications suivantes:
 - échelle Katz en soins à domicile (au moins le score B)
 - échelle d'évaluation intervention dans un établissement de soins (au moins le score C)
- le service d'aide familiale auquel la personne nécessitant des soins fait appel, sur la base de l'indication suivante:
 - échelle profil BEL en matière d'aide familiale (au moins le score 35)
- le ministère des Affaires sociales (Administration de l'Intégration sociale, rue de la Vierge noire 3C, 1000 Bruxelles), ou la mutuelle dont la personne nécessitant des soins est membre, sur la base de l'indication suivante:
 - échelle médico-sociale pour l'intervention d'intégration, intervention d'aide aux personnes âgées, intervention aide de tiers (au moins le score 15)
- le ministère des Affaires sociales ou le service de paiement des allocations familiales, sur la base de l'indication suivante:
 - allocations familiales complémentaire dans le chef de l'enfant (souffrant d'une incapacité de 66% au moins et atteignant au moins 7 point 7 points pour ce qui concerne le degré d'autonomie)
 - allocations familiales supplémentaires dans le chef de l'enfant sur la base d'au moins 18 points sur l'échelle médico-sociale, composée des piliers P1, P2 et P3.

Passez immédiatement à la question 10

9. Faites-vous appel à un indicateur autorisé?

Donnez le nom de la structure qui déterminera la gravité et la durée de l'autonomie réduite à l'aide de la profil BEL.

Il s'agit de services d'aide familiale, de CPAS et de centres d'aide sociale générale qui sont rattachés aux mutuelles. A Bruxelles, il s'agit des centres de services locaux en lieu et place des CPAS. Il vous est possible de faire ce choix ultérieurement. La caisse d'assurance soins doit vous faire parvenir sur demande une liste des indicateurs de votre région.

Nom de l'indicateur autorisé :

Annexes**10. Cochez les annexes que vous joignez au présent formulaire de demande**

en cas de signature du formulaire de demande par un représentant de la personne nécessitant des soins

l'annexe 'Données relatives au représentant de la personne nécessitant des soins'

pour la détermination de l'autonomie réduite grave et de longue durée (l'un des deux documents) :

l'attestation d'une nécessité de soins reconnue (voir question 8)

le formulaire photo BEL à remplir par l'indicateur autorisé (voir question 9)

Signature

Je certifie que ces données sont correctes et je m'engage à signaler immédiatement toute modification à ma caisse d'assurance soins.

J'autorise explicitement ma caisse d'assurance soins à traiter les informations médicales en vertu et dans les limites du décret portant organisation de l'assurance soins.

Je marque mon accord explicite sur la transmission de mes données au Vlaams Zorgfonds en vertu et dans les limites du décret portant organisation de l'assurance soins.

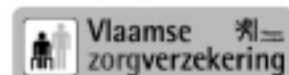
Nom et signature de la personne nécessitant des soins ou son représentant (voir annexe 'données du représentant de la personne nécessitant des soins')

nom:

signature:

date:

Annexe: données relatives au représentant de personne nécessitant des soins



A remplir uniquement lorsque le représentant signe le formulaire de demande en lieu et place de la personne nécessitant des soins

1. Complétez les données du représentant

prénom et nom :
 adresse :
 numéro de téléphone (facultatif) :

2. Relation entre le représentant et la personne nécessitant des soins

Entourez la mention utile:

Représentant légal – conjoint – sœur – frère – (grand-)parent – (petit)enfant – autre

Lorsque l'option "autres" est choisie, la personne nécessitant des soins doit donner procuration au représentant en remplissant le point 3.

L'octroi d'une procuration au représentant par la personne nécessitant des soins ou son représentant légal

4. Complétez les informations demandées, signez et datez

.....[nom de la personne nécessitant des soins ou son représentant légal]
 donne procuration au représentant visé au point 1 pour remplir, au nom et pour le compte de la personne nécessitant des soins, toutes les formalités nécessaires pour qu'il/elle puisse faire valoir son droit à la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins.

Signature de la personne nécessitant des soins ou son représentant légal

date

**Annexe: Détermination de l'autonomie
réduite grave et de longue durée****A remplir par l'indicateur autorisé****Données de l'indicateur autorisé**

Nom de l'indicateur autorisé :

adresse :

Numéro GKB indicateur:

Cachet :

soins familiaux dispensés: oui non

prénom et nom de la personne effectuant l'indication :

diplôme:

.....

.....

Données de la personne nécessitant des soins*Complétez ci-après les données de la personne nécessitant des soins.*

Numéro registre national:

prénom et nom :

adresse :

.....

nom de la caisse d'assurance soins à laquelle l'utilisateur est affilié :

Signature de la personne nécessitant des soins

Je marque mon accord explicite sur la transmission de mes données à la caisse d'assurance soins à laquelle je suis affilié et au Vlaams Zorgfonds en vertu et dans les limites du décret organisant l'assurance soins.

Signature de la personne nécessitant des soins

Profil BEL
verso**PHOTO BEL de la personne nécessitant des soins**

Nom de la personne nécessitant des soins :

.....

Durée de l'autonomie réduite

Date indication :

A. ADL (vie quotidienne générale) domestique					Score intermédiaire
• entretien	0	1	2	3	
• lessive	0	1	2	3	
• repassage	0	1	2	3	
• emplettes	0	1	2	3	
• préparation de repas	0	1	2	3	
• organisation travaux ménagers	0	1	2	3	
B. ADL physique					Score intermédiaire
• se laver	0	1	2	3	
• s'habiller	0	1	2	3	
• se déplacer	0	1	2	3	
• se rendre aux toilettes	0	1	2	3	
• incontinence	0	1	2	3	
• manger	0	1	2	3	
C. ADL social					Score intermédiaire
• perte de contacts sociaux	0	1	2	3	
• fidélité à la thérapie et aux règles de santé	0	1	2	3	
• sécurité dans et autour de la maison	0	1	2	3	
• administration	0	1	2	3	
• opérations financières	0	1	2	3	
+ si famille					
• soins hygiéniques enfants	0	1	2	3	
• garde d'enfants	0	1	2	3	
Sous-total:					

D. Hygiène mentale					Score intermédiaire	
• désorientation dans le temps	0	1	2	3		
• désorientation dans l'espace	0	1	2	3		
• désorientation vis-à-vis de personnes	0	1	2	3		
• comportement non ciblé	0	1	2	3		
• comportement perturbé	0	1	2	3		
• comportement dénué d'initiative	0	1	2	3		
• attitude d'abattement	0	1	2	3		
• attitude d'angoisse	0	1	2	3		

Score global profil

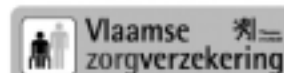
Signature de la personne ayant attribué le score

Annexe II à l'arrêté ministériel du
fixant les formulaires concernant l'assurance soins.

Cette annexe fixe le formulaire de demande pour soins résidentiels.

Formulaire de demande pour des soins résidentiels

(à utiliser à partir du 1er janvier 2004)



A remplir par la personne nécessitant des soins ou son représentant lors d'une demande de soins résidentiels ou d'un changement de la forme de soins en soins résidentiels

Données relatives à la personne nécessitant des soins^{*}

1. Complétez ci-dessous les données suivantes.

prénom et nom :

adresse :

nom et adresse structure résidentielle:.....

.....

date d'admission à la structure résidentielle:.....

sexe :

date de naissance :

nationalité :

numéro registre national :

numéro du compte en banque de la personne nécessitant des soins :

nom de la caisse d'assurance soins :.....

numéro d'identification auprès de la caisse d'assurance soins (si connu) :

Données du représentant

A remplir uniquement lorsque le représentant signe le formulaire de demande en lieu et place de la personne nécessitant des soins.

2. Complétez les données du représentant.

prénom et nom :

adresse :

numéro de téléphone (facultatif) :

3. Relation entre le représentant et la personne nécessitant des soins

Entourez la mention utile:

Représentant légal – conjoint – sœur – frère – (grand-)parent – (petit)enfant – directeur structure résidentielle – autre

On peut désigner le "Directeur de la structure résidentielle" moyennant une attestation de médecin certifiant que la personne nécessitant des soins ne peut pas signer et une déclaration du directeur qu'on ne connaît pas de représentant sans procuration.

Lorsque l'option "autres" est choisie, la personne nécessitant des soins doit donner procuration au représentant en remplissant le point 4.

^{*} Art. 9 de la Loi 8.12.92 sur la Protection de la Vie privée.

La caisse d'assurance soins gère en toute autonomie un fichier d'adresses informatisé afin d'y sauvegarder les données relatives à l'exécution du décret portant organisation de l'assurance de soins. Sauf refus explicite de votre part, les données personnelles fournies sur le présent formulaire seront ajoutées à notre base de données. Vous avez le droit d'accéder à tout moment aux données vous concernant et le cas échéant, de les faire modifier. Adressez-vous à cette fin à la caisse d'assurance soins.

L'octroi d'une procuration au représentant par la personne nécessitant des soins ou son représentant légal

4. Complétez les informations demandées, signez et datez

.....[nom de la personne nécessitant des soins ou son représentant légal]
 donne procuration au représentant visé au point 2 pour remplir, au nom et pour le compte de la personne nécessitant des soins, toutes les formalités nécessaires pour qu'il/elle puisse faire valoir son droit à la prise en charge dans le cadre de l'assurance soins.

Signature de la personne nécessitant des soins ou son représentant légal

date

Déclarations

5. A-t-on introduit durant l'année calendrier en cours une demande de prise en charge auprès d'une autre caisse d'assurance soins pour la personne nécessitant des soins?

oui

non

Si oui, auprès de quelle caisse d'assurance soins?

6. La personne nécessitant des soins a-t-elle habité de manière ininterrompue en Flandre ou à Bruxelles durant les cinq dernières années?

oui

non

Si vous avez répondu non, vous pouvez introduire une demande de régularisation pour la personne nécessitant des soins pour ce qui concerne le critère de domiciliation. A cette fin, la personne nécessitant des soins doit avoir la nationalité d'un habitant d'un Etat membre de l'Union européenne et payer les cotisations d'affilié pour les cinq dernières années. Passez donc à la question 7.

7. Introduisez-vous une demande de régularisation ? dans ce cas, vous devez joindre une copie de la carte d'identité de la personne nécessitant des soins au présent formulaire

oui

non

Annexe: attestation de séjour

Joignez l'attestation de séjour au présent formulaire de demande. L'attestation de séjour est la preuve de l'admission dans une maison de repos, une maison de repos et de soins ou une maison de soins psychiatriques.

L'attestation de séjour peut être obtenue auprès de la mutuelle ou de la structure résidentielle où l'on séjourne.

Vous pouvez aussi faire parvenir cette attestation à la caisse d'assurance soins, peu de temps après l'introduction du présent formulaire

Signature

Je certifie que ces données sont correctes et je m'engage à signaler immédiatement toute modification à ma caisse d'assurance soins.

J'autorise explicitement la structure résidentielle où je séjourne à communiquer mes données à ma caisse d'assurance soins en vertu et dans les limites du décret portant organisation de l'assurance soins.

J'autorise explicitement ma caisse d'assurance soins à traiter les informations médicales en vertu et dans les limites du décret portant organisation de l'assurance soins.

Je marque mon accord explicite sur la transmission de mes données au Vlaams Zorgfonds en vertu et dans les limites du décret portant organisation de l'assurance soins.

Nom et signature de la personne nécessitant des soins ou son représentant (voir points 2 et 3).

nom:..... **date:**.....

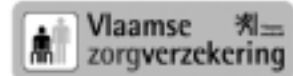
signature:

Annexe III à l'arrêté ministériel du
fixant les formulaires concernant l'assurance soins.

Cette annexe fixe le formulaire pour une enquête complémentaire ou un contrôle en vue de la détermination de la perte d'autonomie grave et de longue durée.

**Enquête complémentaire ou contrôle
concernant la fixation de
l'autonomie réduite grave et de longue durée**

A remplir par l'indicateur



Prénom et nom :

diplôme :

.....

.....

.....

.....

nom de la caisse d'assurance soins qui vous a désigné :

.....

adresse de la caisse d'assurance soins :

.....

Données de la personne nécessitant des soins

Complétez ci-dessous les données de la personne nécessitant des soins.

Prénom et nom :

adresse :

..

.....

.....

PROFIL BEL de la personne nécessitant des soins

Nom de la personne nécessitant des soins :

.....

Durée de l'autonomie réduite

Date indication :

A. ADL (vie quotidienne générale) domestique					Score intermédiaire
• Entretien	0	1	2	3	
• Lessive	0	1	2	3	
• repassage	0	1	2	3	
• emplettes	0	1	2	3	
• préparation de repas	0	1	2	3	
• organisation travaux ménagers	0	1	2	3	
B. ADL physique					Score intermédiaire
• se laver	0	1	2	3	
• s'habiller	0	1	2	3	
• se déplacer	0	1	2	3	
• se rendre aux toilettes	0	1	2	3	
• incontinence	0	1	2	3	
• manger	0	1	2	3	
C. ADL social					Score intermédiaire
• perte de contacts sociaux	0	1	2	3	
• fidélité à la thérapie et aux règles de santé	0	1	2	3	
• sécurité dans et autour de la maison	0	1	2	3	
• administration	0	1	2	3	
• opérations financières	0	1	2	3	
+ si famille					
• soins hygiéniques enfants	0	1	2	3	
• garde d'enfants	0	1	2	3	
Sous-total:					

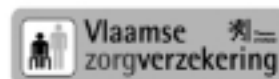
D. Hygiène mentale					Score intermédiaire
• désorientation dans le temps	0	1	2	3	
• désorientation dans l'espace	0	1	2	3	
• désorientation vis-à-vis de personnes	0	1	2	3	
• comportement non ciblé	0	1	2	3	
• comportement perturbé	0	1	2	3	
• comportement dénué d'initiative	0	1	2	3	
• attitude d'abattement	0	1	2	3	
• attitude d'angoisse	0	1	2	3	

Score global profil

Signature de la personne ayant attribué le score

Annexe IV à l'arrêté ministériel du
fixant les formulaires concernant l'assurance soins.

Cette annexe fixe le formulaire de mutation.

Formulaire de mutation**DEMANDE DE MUTATION LE** (1)

(à remplir par l'affilié)

Le soussigné Nationalité.....
(nom et prénoms en caractères d'imprimerie)Né le domicilié à
(date complète) (code postal et ville/commune)

rue..... n°

Etat civil (facultatif)

Numéro auprès du registre national

Affilié jusqu'à présent auprès de (ancienne caisse d'assurance soins) Dénomination de la caisse d'assurance soins	Souhaite s'affilier à (nouvelle caisse d'assurance soins)
---	--

Par la présente, le soussigné autorise le Vlaams Zorgfonds à communiquer ses données relatives à l'affiliation à la nouvelle caisse d'assurance soins.

Date

Signature

DECLARATION A COMPLETER PAR LA NOUVELLE CAISSE D'ASSURANCE SOINS

Jusqu'à présent affilié à - nom caisse d'assurance soins - numéro d'identification - rue et n° - code postal + localité	Souhaite s'affilier à
---	--

Le soussigné, représentant de la caisse d'assurance soins, déclare accepter cette affiliation conformément au décret portant organisation de l'assurance soins et ses arrêtés d'exécution.

La mutation vers la nouvelle caisse d'assurance soins prend effet le

Numéro attribué à l'affilié (facultatif)

Date

Cachet de la caisse d'assurance soins

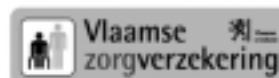
Signature

(1) Le 1er janvier de l'année suivant la demande (pour autant que la demande ait été formulée avant le 5 décembre)

Annexe V à l'arrêté ministériel du
fixant les formulaires concernant l'assurance soins.

Cette annexe fixe le formulaire pour révoquer le changement de caisse d'assurance soins.

Formulaire de révocation du changement de caisse d'assurance soins



DEMANDE DE REVOCATION DE LA MUTATION (1)

(à remplir par l'affilié)

Le soussigné Nationalité

(nom et prénoms en caractères d'imprimerie)

Né le domicilié à

(date complète)

(code postal et ville/commune)

rue..... n°

Numéro auprès du registre national

Demande introduite en vue d'un changement de caisse d'assurance soins

<p>Jusqu'à présent affilié à (ancienne caisse d'assurance soins)</p> <p>Dénomination de la caisse d'assurance soins</p>	<p>J'ai introduit un formulaire de mutation pour être affilié auprès de (nouvelle caisse d'assurance soins)</p> <p>.....</p>
--	---

Révocation de ma demande de mutation de caisse d'assurance soins

Cochez la case ci-dessous si vous êtes d'accord avec la déclaration:

Je certifie que, malgré ma demande de mutation de caisse d'assurance soins, je souhaite rester affilié auprès de ma caisse d'assurance soins initiale (mentionnée dans la colonne de gauche).

Date

Signature

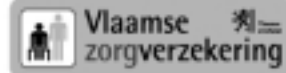
VOUS ETES TENU DE REMETTRE CE FORMULAIRE A LA CAISSE D'ASSURANCE SOINS AUPRES DE LAQUELLE VOUS ETIEZ AFFILIE (TELLE QUE MENTIONNEE DANS LA COLONNE DE GAUCHE)

(1) La caisse d'assurance soins à laquelle vous souhaitez rester affilié, doit faire parvenir ce formulaire avant le 15 janvier, par lettre recommandée, à la caisse d'assurance soins auprès de laquelle une demande de changement de la forme de soins avait été introduite.

Annexe VI à l'arrêté ministériel du
fixant les formulaires concernant l'assurance soins.

Cette annexe fixe le formulaire pour l'enregistrement des intervenants de proximité.

Formulaire d'enregistrement pour les soins de proximité



A remplir par la personne nécessitant des soins ou son représentant

Date :

Données de la personne nécessitant des soins

1. Complétez les données suivantes.

prénom et nom :

adresse

numéro auprès du registre national:.....

numéro de téléphone:.....

Données de l'intervenant ou des intervenants de proximité

2. Complétez ci-dessous les données du ou des intervenant(s) de proximité.

prénom et nom :

adresse

numéro registre national :

relation avec la personne nécessitant des soins (entourez la mention utile): conjoint (1)-partenaire (2)-mère (3)-père (4)-sœur (5)-frère (6)-fille (7)-fils (8)-voisin (9)-autres (10):.....

numéro de téléphone :

prénom et nom :

adresse :

numéro registre national :

relation avec la personne nécessitant des soins (entourez la mention utile): conjoint (1)-partenaire (2)-mère (3)-père (4)-soeur (5)-frère (6)-fille (7)-fils (8)-voisin (9)-autres (10):.....

numéro de téléphone :

prénom et nom :

adresse :

numéro registre national :

relation avec la personne nécessitant des soins (entourez la mention utile): conjoint (1)-partenaire (2)-mère (3)-père (4)-soeur (5)-frère (6)-fille (7)-fils (8)-voisin (9)-autres (10):.....

numéro de téléphone :

Plan d'activités

3. Cochez les activités effectuées au moins trois fois par semaine par le/les intervenant(s) de proximité au besoin de la personne nécessitant des soins.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> entretien habitation | <input type="checkbox"/> compagnie/présence |
| <input type="checkbox"/> lessive | <input type="checkbox"/> organisation journée |
| <input type="checkbox"/> repassage | <input type="checkbox"/> surveillance |
| <input type="checkbox"/> emplettes | <input type="checkbox"/> questions financières/administration |

4. Cochez les activités pour lesquelles l'intervenant de proximité propose au moins trois jours par semaine ses services à la personne nécessitant des soins.

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> se lever | <input type="checkbox"/> petit-déjeuner |
| <input type="checkbox"/> se laver | <input type="checkbox"/> déjeuner |
| <input type="checkbox"/> s'habiller | <input type="checkbox"/> dîner |
| <input type="checkbox"/> toilette | <input type="checkbox"/> se mettre au lit/s'endormir |

Signature

Les soussignés certifient sur l'honneur que les informations communiquées sur le présent formulaire correspondent à la réalité. Les intervenants de proximité confirment sur l'honneur qu'ils sont majeurs

La personne nécessitant des soins ou son représentant et l'intervenant de proximité s'engagent à informer la caisse d'assurance soins à laquelle est affiliée la personne nécessitant des soins sans délai de la cessation éventuelle des soins de proximité. Il/elle s'engage en outre à informer immédiatement la caisse d'assurance soins de toute modification (substantielle) dans l'état de santé de la personne nécessitant des soins.

J'autorise explicitement la transmission de mes données au Vlaams Zorgfonds en vertu et dans les limites du décret portant organisation de l'assurance de soins.

Signature de la personne nécessitant des soins
ou son représentant

signature des intervenants de proximité

Art. 9 Loi du 8.12.92 sur la protection de la vie privée.

La caisse d'assurance soins gère en toute autonomie un fichier d'adresses informatisé afin d'y sauvegarder les données relatives à l'exécution du décret portant organisation de l'assurance de soins. Sauf refus explicite de votre part, les données personnelles fournies sur le présent formulaire seront ajoutées à notre base de données. Vous avez le droit d'accéder à tout moment aux données vous concernant et le cas échéant, de les faire modifier. Adressez-vous à cette fin à la caisse d'assurance soins.