

DEMANDE D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE

(Art. 34, 11° et 12°, de la loi coordonnée du 14.07.1994)

Références	
Inst.	□□□□□□□□□□□□□□
O.A.	□□□□□□□□□□□□□□

INSTITUTION

Type d'institution (2) :

N° d'agrément ou d'enregistrement □□□□□□□□

Dénomination :

Adresse :

ORGANISME ASSUREUR :

N° mutualité ou Office régional ou Centre médical régional □□□□□□□□

Office régional ou Centre médical régional

Dénomination :

Adresse :

BENEFICIAIRE :

Numéro d'inscription □□□□□□□□□□□□□□

NOM – Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Date d'entrée (3) :heure :

Date de la demande :

J'atteste que le bénéficiaire est admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus.

Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire qui sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.

Je sollicite l'allocation correspondant à la catégorie suivante : Catégorie 0 – Catégorie A – Catégorie B – Catégorie C (1).

Il s'agit en l'occurrence d' : (4)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> une nouvelle demande * | <input type="checkbox"/> un transfert sans changement de catégorie (l'accord du au.....reste d'application) |
| <input type="checkbox"/> une prolongation * | <input type="checkbox"/> un transfert avec changement de catégorie * |
| <input type="checkbox"/> une modification * | <input type="checkbox"/> une réadmission après un délai de moins de 30 jours sans changement de catégorie (l'accord du.....reste d'application) |
| | <input type="checkbox"/> une réadmission après un délai de moins de 30 jours avec changement de catégorie * |

* Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, l'échelle d'évaluation et le rapport médical (facultatif pour la catégorie O) étayant la demande d'allocation.

Le responsable de l'institution.

Date :

Signature – Nom :

(1) Biffer les mentions inutiles.

(2) Maisons de repos et de soins = 1. Maisons de repos pour personnes âgées ou assimilées = 2

(3) En cas de réadmission, il y a lieu d'indiquer la date et l'heure de réadmission.

(4) Cocher la case adéquate.

Vu pour être annexé au règlement du 23 juillet 2001 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,

Le Président,

F. PRAET.

D. SAUER.