

**DEMANDE D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE
DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE DANS UN CENTRE DE SOINS DE JOUR**
(Art. 34, 11°, de la loi coordonnée du 14.07.1994)

CENTRE DE SOINS DE JOUR N° d'agrément	Dénomination et Adresse
ORGANISME ASSUREUR N° Mutualité ou Office régional ou Centre médical régional	Dénomination et Adresse

BENEFICIAIRE :

Numéro d'inscription O.A. :

NOM – Prénom : Date de naissance :

Adresse :

DATE D'ENTREE : heure :

Date de la demande :

J'atteste que le bénéficiaire est admis dans l'institution aux date et heure mentionnées au registre de présence de l'institution.

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

Il s'agit en l'occurrence **d'une première demande – une prolongation (1)**

Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, l'échelle d'évaluation étayant la demande d'allocation.

Le responsable de l'institution,

Date :

Signature – Nom:

(1) Biffer les mentions inutiles.

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.