

AANVRAAGFORMULIER MANTELZORGPREMIE

DATUM AANVRAAG:.....

IDENTIFICATIEGEGEVENS ZORGBEHOEVENDE

Naam en voornaam:.....

Geboortedatum:.....

Adres:.....

Telefoonnummer:.....

VOORWAARDEN ZORGBEHOEVENDE

Leeftijd: min 26 jaar	JA	NEEN
Vlaamse Zorgverzekering	JA	NEEN
Domicilie Buggenhout	JA	NEEN
Effectief verblijf Buggenhout	JA	NEEN
Persoonlijk Assistentiebudget	JA	NEEN
Verblijf zorgvoorziening	JA	NEEN
Andere personen in gezin die MZ krijgen	JA	NEEN

IDENTIFICATIEGEGEVENS MANTELZORGER

Naam en voornaam:.....

Geboortedatum:.....

Adres:.....

Telefoonnummer:.....

Rekeningnummer:.....

Verwantschap zorgbehoevende:.....

VOORWAARDEN MANTELZORGER

Professionele zorgaanbieder	JA	NEEN
Reeds andere aanvragen MZ	JA	NEEN

OMSCHRIJVING MANTELZORG

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

VERKLARING OP EER

Ondergetekenden verklaren hierbij dat de bovenstaande gegevens correct zijn en dat zij elke wijziging (opname woonzorgcentrum, verhuis, overlijden, verwerven van niet cumuleerbare rechten, verlies premie Vlaamse Zorgverzekering...) onmiddellijk zullen doorgeven aan OCMW Buggenhout (Mieke Mertens - 052-33 96 26)

De zorgbehoevende

De mantelzorger