ALLOCATION POUR SOINS DE PROXIMITE

La personne aidée

Nom:……..

Date de naissance: ……

Adresse: ……

Téléphone/mail: ……

Reconnu(e) par la Protection Sociale Flamande:

* budget de soins pour personnes lourdement dépendantes (€130 par mois) ou
* un budget de soins pour personnes âgées nécessitant des soins ou
* un budget de soins pour personnes handicapées * *(biffez les mentions inutiles)*

Droit à l'intervention majorée pour soins de santé (avant VIPO ou OMNIO) : oui/non

Nom de la mutuelle: ……..

Demandeur de l'allocation pour soins de proximité

Nom: ……..

Date de naissance: ……

Habite Fourons: oui/non adresse: …….

Cohabitant avec la personne aidée: oui/non

Téléphone / mail: ……..

N° de compte en banque: …….

Lien de parenté avec la personne aidée:……

Déscription de la situation

Plusieurs acteurs fournissant des soins de proximité: oui/non

Services extérieurs actifs dans le cadre de l'aide familial: ……
…….

Situation de vie de la personne aidée: vit seul / avec famille

Les aides fournies par le demandeur à la personne aidée : ……
……
…….

Pièces justificatives à joindre à la demande

Carte d'identité du demandeur et de la personne aidée

Preuve du n° de compte en banque du demandeur

Preuve de reconnaissance par ou droit à une allocation dans le cadre de la Protection Sociale Flamande

SPECIMEN

Preuve du statut BIM (droit à l’intervention majorée) de la mutuelle)

Certificat de domicile

SPECIMEN