|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Aanvraag voor een mobiliteitshulpmiddel | AV versie 3 – 01 januari 2023 |
|  | //////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// |
|  | **Vlaamse sociale bescherming**www.vlaamsesocialebescherming.be |
|  | *Waarvoor dient dit document?*Met de ondertekening van dit document gaat u akkoord dat de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen, vermeld in luik A, een aanvraag in uw naam indient bij uw zorgkas voor het verkrijgen van een tegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel, zoals vermeld in luik B.*Wie ondertekent dit document?*Het document wordt ondertekend door de gebruiker die een aanvraag voor een mobiliteitshulpmiddel wenst in te dienen of zijn vertegenwoordiger en de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen die door de gebruiker is aangeduid om een aanvraag (in zijn naam) in te dienen.*Aan wie bezorgt u dit document?*De orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen, vermeld in luik A, voegt dit formulier bij de aanvraag die hij digitaal indient bij de zorgkas.  |
|  | //////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// |
|  | **Luik A: identificatie van de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen en onderneming** |
|  |
| **1** | **Vul hieronder de gegevens in van de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen en de onderneming.** |
|  | erkenningsnummer |       |
|  | voor- en achternaam |       |
|  | naam van de onderneming |       |
|  | KBO nummer |       |
|  | adres van de **onderneming** |  |
|  | straat en nummer |       |
|  | postnummer en gemeente |       |
|  | telefoonnummer |       |
|  | e-mail |       |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Luik B: aanvraag van een mobiliteitshulpmiddel en aanpassingen** |
|  |
| **2** | **MOBILITEITSHULPMIDDEL OF AANPASSINGEN OPGENOMEN IN DE PRODUCTLIJST VSB** |
|  | Fabrikant |       |
|  | Merk |       |
|  | Type |       |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Prestatiecode | Productcode | Publieksprijs  | Tegemoetkoming VSB | Supplement |
|  | Mobiliteitshulpmiddel |       |       |       |       |       |
|  | Aanpassing onderste ledematen  |                 |                 |                 |                 |                 |
|  | Aanpassing bovenste ledematen  |                 |                 |                 |                 |                 |
|  | Aanpassing zithouding |                 |                 |                 |                 |                 |
|  | Aanpassing veiligheid |                 |                 |                 |                 |                 |
|  | Aanpassing besturing/aandrijving |                 |                 |                 |                 |                 |
|  | Bijzondere aanpassingen |                 |                 |                 |                 |                 |
|  | Zitkussen ter preventie van doorzitwonden |                 |                 |                 |                 |                 |
|  | Modulaire ziteenheid |                 |                 |                 |                 |                 |
|  | Modulair rugsysteem |                 |                 |                 |                 |                 |
|  | Elektronische hoepelondersteuning voor de manuele rolstoel |                 |                 |                 |                 |                 |
|  | Onderhoud en herstelling |       |  |  |  |  |
|  | BTC prestaties totalen |                 |                 |                 |                 |                 |
|  | Forfaitaire tegemoetkoming |       |       |       |       |       |
| ****3**** | **Is het de bedoeling om een zitschelp te monteren op de rolstoel?** |
|  | [ ]  | Ja | [ ]  | Nee |
| **4** | **MOBILITEITSHULPMIDDEL OF AANPASSINGEN OF MAATWERK NIET OPGENOMEN IN DE PRODUCTLIJST VSB** |
|  | Fabrikant |       |
|  | Merk |       |
|  | Type |       |
|  | Aanpassingen | Factuurbedrag  |
|  | Mobiliteitshulpmiddel |       |
|  | Aanpassing onderste ledematen  |            |
|  | Aanpassing bovenste ledematen  |            |
|  | Aanpassing zithouding |            |
|  | Aanpassing veiligheid |            |
|  | Aanpassing besturing/aandrijving |            |
|  | Bijzondere aanpassingen |            |
|  | Andere individuele aanpassingen of maatwerk |            |
|  | BTC prestaties totalen niet opgenomen in productlijst |            |
|  | **TOTAAL van het factuurbedrag** |       |
|  |
| **5** | **Informatie met betrekking tot de aanvraag tweede rolstoel** |
|  | ***Deze vraag moet enkel ingevuld worden indien een tweede rolstoel wordt aangevraagd.*****Vink aan indien de gebruiker zich in één (of meerdere) van onderstaande situaties bevindt.**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | De gebruiker verblijft in een semi-residentiële of residentiële voorziening en heeft een rolstoel nodig zowel thuis als in de voorziening en de rolstoel kan niet vervoerd wordennaam van de voorziening:       |
| [ ]  | De gebruiker is binnenshuis volledig beperkt voor alle verplaatsingen en moet thuis een verdieping overbruggen en beschikt daarvoor alleen over een traplift of een rolstoelontoegankelijke lift en er zijn geen plannen op korte termijn om het huis volledig rolstoeltoegankelijk te maken op de gelijkvloerse verdieping |
| [ ]  | De gebruiker heeft reeds een tegemoetkoming ontvangen voor een elektronische rolstoel |
| [ ]  | Aan de gebruiker is al een tegemoetkoming verleend voor een elektronische binnen/buiten scooter of een elektronische buitenscooter en de gebruiker is binnenshuis volledig beperkt voor alle verplaatsingen |
| [ ]  | De gebruiker heeft de rolstoel die hij wenst te verkrijgen (met deze aanvraag) nodig in het kader van het volgen van een opleiding, de uitoefening van een job of een daarmee gelijkgestelde dagbesteding en kan bij het besturen van de wagen zijn rolstoel niet zelfstandig meenemen |

 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Informatie met betrekking tot de gebruiker**  |
| ****6**** | **Wat zal de vermoedelijke frequentie van gebruik zijn van het gevraagde mobiliteitshulpmiddel?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | [ ]  | Occasioneel gebruik |
|  | [ ]  | Dagelijks gebruik |
|  | [ ]  | Permanent gebruik/volledig rolstoel gebonden |

 |
|  | Luik C: ondertekening door de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen |
| ; |
| 7 | **Ik bevestig dat ik de persoon voldoende heb ingelicht over de mobiliteitshulpmiddelen waarvoor ik, in zijn naam, een aanvraag indien bij zijn zorgkas, de prijssupplementen en de motivering ervan.****Het voorgestelde hulpmiddel voldoet aan de in de bijlage I genoemde essentiële eisen van het KB van 18/03/1999 betreffende de medische hulpmiddelen.** |
|  | datum | dag |    | maand |    | jaar |      |  |
|  | handtekening |       |
|  |  |
|  | Luik D: in te vullen door de persoon met een zorgbehoefte |
| ****1**** | **Vul hieronder uw persoonlijke gegevens in.*****Het rijksregisternummer vindt u op de achterkant van uw identiteitskaart.***  |
|  | voor- en achternaam |       |
|  | straat en nummer |       |
|  | postnummer en gemeente |       |
|  | telefoonnummer |       |
|  | e-mailadres |       |
|  | rijksregisternummer |       |     |    |  |
|  | geboortedatum | dag |    | maand |    | jaar |      |
| **2** | **Indien u erkend bent als persoon met een handicap door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH), wat is uw dossiernummer bij het VAPH?** *Uw dossiernummer is terug te vinden op de briefwisseling die u ontvangen hebt vanuit het VAPH*. |
|  |       |
| **3** | **Woonde u de afgelopen 10 jaar ononderbroken in Vlaanderen?** |
|  | [ ]  | Ja. *Ga naar vraag 5.*  |
|  | [ ]  | Neen. *Ga naar vraag 4.* |

|  |  |
| --- | --- |
| **4** | **Heeft u in deze periode minstens één mobiliteitshulpmiddel ontvangen, terwijl u niet in Vlaanderen woonde?***Het gaat hierbij om de volgende mobiliteitshulpmiddelen: loophulpmiddel, manuele rolstoel, elektronische rolstoel of scooter, sta toestel, drie-of vierwielfiets, rolstoelonderstel voor zitschaal of aanpasbaar zitsysteem.* |
|  | [ ]  | Ja. Indien ja, waar woonde u toen u dit mobiliteitshulpmiddel hebt ontvangen?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | [ ]  | Wallonië  | [ ]  | Brussel |

 |
|  | [ ]  | Neen.  |
| ****5**** | **Kruis aan waarvoor u het gevraagde mobiliteitshulpmiddel wenst te gebruiken.****Meerdere opties mogelijk.**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | om deel te nemen aan sport en ontspanning  |
| [ ]  | om deel te nemen aan het gezins- en/of sociale leven  |
| [ ]  | om een opleiding te volgen of voor de uitoefening van een job of een daarmee gelijkgestelde dagbesteding |
| [ ]  | andere: *specificeer*:       |

 |
| **6** | **Zijn er nog opmerkingen die u wenst mee te delen in het kader van de behandeling van uw aanvraag?** |
|  |       |
|  | U hoeft vraag 7 tot en met 9 alleen in te vullen als u in een **woonzorgcentrum (wzc)** verblijft of als u **ouder bent dan 85 jaar.** Anders mag u doorgaan naar het luik ‘ondertekening’.  |
| ****7**** | **Verblijft u momenteel in een woonzorgcentrum (kortverblijf wordt niet beschouwd als verblijf in een wzc)?**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Ja. Ga naar vraag 8. |
| [ ]  | Neen. Ga naar vraag 9. |

 |
| 8 | Vul hieronder de gegevens in van het Woonzorgcentrum waar u verblijft |
|  | naam woonzorgcentrum |       |
|  | straat en nummer |       |
|  | postnummer en gemeente |       |
|  | naam contactpersoon |       |
|  | telefoonnummer |       |
| ****9**** | **Hebt u momenteel recht op de ‘verhoogde tegemoetkoming’?*****U kunt dit nagaan op het klevertje van uw ziekenfonds. Onderaan op de kleefzegel staat de “code gerechtigde”. Dat zijn twee getallen van 3 cijfers met een streepje tussen. U hebt recht op verhoogde tegemoetkoming als het derde cijfer een 1 is. Bijvoorbeeld: 101/101, 441/461,… Indien u vragen hebt over dit statuut, wendt u dan tot uw ziekenfonds of zorgkas.***

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Ja |
| [ ]  | Neen |

 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Luik E: ondertekening door de gebruiker of vertegenwoordiger |

|  |  |
| --- | --- |
| **10** | **Lees de onderstaande privacy waarborg en teken onderaan.**  |
|  | **Ik bevestig dat ik volledige inzage heb gekregen in dit document en dat ik duidelijk werd geïnformeerd door de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelen (vermeld in luik A) over de aangevraagde mobiliteitshulpmiddelen (vermeld in luik B), de prijssupplementen en de motivering ervan.** **Ik ga akkoord dat deze aanvraag wordt doorgestuurd naar mijn zorgkas in het kader van een aanvraag voor een tegemoetkoming voor het aangevraagde mobiliteitshulpmiddel.** De orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelenen mag gegevens van mij, die nodig zijn voor de behandeling van mijn dossier, rechtstreeks inwinnen bij mijn zorgkas of via digitale weg (via de applicatie eMOHM). Alle gegevens worden vertrouwelijk behandeld overeenkomstig de regelgeving over de bescherming bij de verwerking van persoonsgegevens en worden niet gedeeld met externe partijen, met uitzondering van de persoonsgegevens (met inbegrip van gezondheidsgegevens) die worden gedeeld aan de actoren die belast zijn met de behandeling van mijn aanvraag (1), ingediend conform artikel 123 van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming, in zoverre deze gegevens dienstig zijn in het kader van de behandeling van de aanvraag. Daarnaast kunnen mijn persoons-en gezondheidsgegevens doorgegeven worden aan de actoren voor wie deze gegevens dienstig zijn voor de uitoefening van hun opdrachten. (2)De zorgkas slaat mijn persoonsgegevens (met inbegrip van gezondheidsgegevens) op in een centraal gegevensbestand. Om mijn gegevens te raadplegen en te laten verbeteren, kan ik mij wenden tot mijn zorgkas. De verwerking van mijn gegevens gebeurt onder verantwoordelijkheid van de zorgkas waar ik ben aangesloten.*(1) de orthopedisch technoloog mobiliteitshulpmiddelenen, de zorgkas, (in voorkomend geval) de zorgkassencommissie, (in voorkomend geval) de Bijzondere Technische Commissie, (in voorkomend geval) het agentschap VSB.* *(2) In voorkomend geval, de Diensten Maatschappelijk Werk van de ziekenfondsen, de adviserend artsen van de ziekenfondsen/verzekeringsinstellingen, het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, het agentschap VSB.* |
|  | datum | dag |    | maand |    | jaar |      |  |
|  | handtekening |       |
|  | voor- en achternaam |       |
|  | **Gegevens van de vertegenwoordiger die tekent in naam van de gebruiker.** |
|  | handtekening |       |
|  | voor- en achternaam |       |
|  | straat en nummer |       |
|  | postnummer en gemeente |       |
|  | relatie met gebruiker |       |