

AANVRAAG GEMEENTELIJKE ZORGPREMIE

Waarvoor dient dit formulier?

Met dit formulier kunt u als zorgbehoevende de gemeentelijke zorgpremie aanvragen. U gebruikt dit formulier bij een eerste aanvraag, of om uw aanvraag te verlengen.

Wie komt in aanmerking voor deze premie?

Hiervoor verwijzen we je graag naar artikel 3 van het reglement gemeentelijke zorgpremie dat je kan terugvinden op de website www.kasterlee.be

Wie ondertekent het formulier?

De zorgbehoevende of zijn vertegenwoordiger ondertekent dit formulier.

Wat brengt u binnen?

Dit formulier en een geldig attest. Dit attest kan je bekomen via je mutualiteit of via de FOD Sociale Zekerheid of via je kinderbijslagfonds.

Aan wie bezorgt u dit formulier?

Dit formulier bezorgt u samen de nodige bijlage voor 1 maart van het jaar na je erkenning als zorgbehoevende door de Vlaamse zorgverzekering aan het Sociaal Huis, Leistraat 83, 2460 Lichtaart.

Gegevens van de zorgbehoevende

Voor- en achternaam _____

Straat en nummer _____

Evt voor- en achternaam vertegenwoordiger _____

Telefoonnummer _____

Rijksregister

| | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Rekeningnummer

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| B | E | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|---|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Handtekening