

**Aanvraag sociale toelage DIFTAR wegens incontinentie of andere medische redenen  
en voor onthaalouders of erkende opvanggezinnen**

**Uw gegevens :**

Naam : \_\_\_\_\_ Voornaam : \_\_\_\_\_

Straat : \_\_\_\_\_ Huisnummer : \_\_\_\_\_ Bus : \_\_\_\_\_

Telefoon- of GSM-nummer : \_\_\_\_\_

Rijksregisternummer : \_\_\_\_\_

(terug te vinden op de achterzijde van uw identiteitskaart)

**Gegevens van uw gezinshoofd :**

(bent u zelf het gezinshoofd, dan moet u hier niets invullen)

Naam : \_\_\_\_\_ Voornaam : \_\_\_\_\_

Rijksregisternummer : \_\_\_\_\_

(terug te vinden op de achterzijde van uw identiteitskaart)

**Aankruisen welk formulier voor u van toepassing is :**

- Beslissing van het ziekenfonds : incontinentieforfait voor zwaar zorgbehoevende personen (RIZIV)
- Beslissing van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) inzake incontinentieforfait
- Attest van behandelende arts – zie invulmodel op keerzijde
- Jaarlijks een geldig bewijs van Kind en Gezin

Datum : \_\_\_\_\_

Handtekening : \_\_\_\_\_

**De gemeente stort de sociale toelage voor het einde van het jaar op uw DIFTAR provisierekening.**

**Geef deze aanvraag samen met het attest tot uiterlijk 15 november van het lopende jaar af aan het onthaal van het gemeentehuis.**

**Meer info : tel 03 410 19 00 of mail [financien@berlaar.be](mailto:financien@berlaar.be)**

**LUIK IN TE VULLEN DOOR DE ARTS**

(in te vullen als u geen attest van het ziekenfonds of  
van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap kunt voorleggen)

**Gegevens van de behandelende arts :**

Naam en voornaam : \_\_\_\_\_

RIZIV-nummer : \_\_\_\_\_

**Verklaring op erewoord :**

Verklaart hierbij dat bovenvermelde persoon \_\_\_\_\_

voldoet aan de medische voorwaarden met een score 3 of 4, voor het criterium incontinentie, van het afhankelijkheidsrooster vastgelegd in het KB van 2 juni 1988 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor incontinentiemateriaal en dit :

- voor onbeperkte tijd
- voor de periode \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ tot \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (minimum 1 jaar ononderbroken).

Verklaart hierbij dat bovenvermelde persoon omwille van medische redenen, anders dan incontinentie (bijvoorbeeld nierdialyse aan huis, stomapatiënt, huidziekte met blaarvorming en loslating opperhuid,...) extra verzorgingsmateriaal gebruikt en dit :

- voor onbeperkte tijd
- voor de periode \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ tot \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (minimum 1 jaar ononderbroken).

Datum : \_\_\_\_\_

Handtekening + stempel : \_\_\_\_\_