

Met dit formulier vraagt u een sociale toelage aan in het kader van DIFTAR omdat u lijdt aan incontinentie of omwille van medische redenen (bijvoorbeeld nierdialyse aan huis, stomapatiënt, huidziekte met blaarvorming en loslating opperhuid, ...).

**Let wel:** indien u voor de aankoop van incontinentiemateriaal een tegemoetkoming ontvangt van het Vlaams Agentschap voor personen met een handicap, voegt u bij deze aanvraag een kopie van deze beslissing. De achterzijde van dit aanvraagformulier dient in dit geval niet ingevuld en ondertekend te worden door uw thuisverpleegkundige of behandelende arts.

**Gegevens patiënt (rechthebbende op de toelage)**

**Naam en voornaam:** .....

**Adres:** .....2570 Duffel

---

**Gegevens aanvrager (houder diftar-provisierekening)**

**Naam en voornaam:** .....

**Klantnr:**

K	L	T	-						
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

  
(terug te vinden op uw diftar-rekening)

**Rijksregisternr.:**

								-			-		
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

  
(terug te vinden op de achterzijde van identiteitskaart)

**Adres:** .....

**Telefoon:** .....

---

Hierbij geef ik de toelating aan de zorgcampus van lokaal bestuur Duffel om mijn rijksregisternummer, naam en adres door te geven aan Ivarem voor de storting van het subsidiebedrag op mijn DIFTAR-provisierekening.

**Ondertekening**

Datum van de aanvraag: ..... / ..... / 20..... (verplicht in te vullen)

Handtekening:  
.....

**Luik in te vullen door thuisverpleging of uw arts** (Alleen in te vullen indien u geen beslissing kan voorleggen van het Vlaams Agentschap voor personen met een handicap, waaruit blijkt dat u voor de aankoop van incontinentiemateriaal een tegemoetkoming van dit agentschap krijgt).

### Gegevens thuisverpleging of behandelende arts

Naam Voornaam

.....

zelfstandige thuisverpleegkundige

thuisverpleegkundige in dienst van (vermeld hier de naam van uw thuisverplegingsinstelling)

.....

arts met RIZIV-nummer (vermeld hier uw 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)

### Ondertekening

Datum handtekening (en stempel)

.....

---

### Hoe verder met dit formulier?

Bezorg dit formulier ingevuld terug aan de zorgcampus van lokaal bestuur Duffel, Kwakkelenberg 1-3, 2570 Duffel. Doe dit uiterlijk voor 30 september van het jaar waarvoor u de toelage aanvraagt. Lokaal bestuur Duffel stort de sociale toelage zo snel mogelijk op uw DIFTAR-provisierekening.

**Let wel:** Ontvangt u voor de aankoop van incontinentiemateriaal een tegemoetkoming van het Vlaams Agentschap voor personen met een handicap, voeg dan bij deze aanvraag een kopie van deze beslissing.