|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Aanvraag tot aansluiting van een zorgbehoevende persoon bij een zorgkas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | VSB-01-220823 | | | | |
|  | | ///////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **Afdeling Vlaamse Sociale Bescherming** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | *In te vullen door de zorgkas*  ontvangstdatum | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | *Waarvoor dient dit formulier?*  *Met dit formulier kan de zorgbehoevende een aansluiting bij een zorgkas aanvragen.*   * **Aan wie bezorgt u dit formulier?** U bezorgt dit formulier aan de zorgkas waarbij de zorgbehoevende zich wil aansluiten. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Gegevens van de zorgbehoevende | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | **Vul de persoonlijke gegevens van de zorgbehoevende in.**  ***Het rijksregisternummer vindt u op de achterkant van de identiteitskaart.*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | voor- en achternaam | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | straat en nummer | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | postnummer en gemeente | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | telefoonnummer | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | e-mailadres *(facultatief)* | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | geboortedatum | | | | | | dag | | |  | | | | | | maand | | | | | | |  | | | jaar | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | rijksregisternummer | | | | | |  | | | | | | | |  |  | | | | | |  |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2** | | **Is de zorgbehoevende jonger dan achttien jaar?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | ja. *Ga naar vraag 3.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | nee. *Ga naar vraag 4.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3** | | **Vul de gegevens in van de ouders van de zorgbehoevende.**  *Als de zorgbehoevende een wettelijke vertegenwoordiger heeft, vult u de gegevens van die vertegenwoordiger in.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | **ouder 1** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | **ouder 2** | | | | | | | | | | | | |
|  | | voor- en achternaam | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | geboortedatum | | | |  | | dag | | |  | | | maand | | | | | |  | | | | | | | jaar | | | | |  | | | |  | | |  | dag |  | maand | | | |  | | | jaar | |  |  |
|  | | rijksregisternummer | | | |  |  | | | | | | | |  |  | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |  |  | | |  |  | | |  |  | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | Bij welke zorgkas wil de zorgbehoevende zich aansluiten? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | CM-Zorgkas Vlaanderen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | Neutrale Zorgkas Vlaanderen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | Solidaris Zorgkas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | Vlaamse Zorgkas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | Zal de zorgbehoevende bij de aansluiting de premie voor de Vlaamse sociale bescherming betalen?  *Alleen personen die vrijwillig bij de Vlaamse sociale bescherming aansluiten, kunnen ervoor kiezen om de premie al of niet te betalen*. De zorgkas zal controleren of de zorgbehoevende tot die groep behoort.  **De volgende personen mogen het formulier alleen bij een administratieve aansluiting (een aansluiting zonder betaling van de premie vanaf 26 jaar) ondertekenen:**   * **de verantwoordelijke van het woonzorgcentrum, het centrum voor kortverblijf, het dagverzorgingscentrum;** * **de verantwoordelijke van het revalidatieziekenhuis of de revalidatievoorziening;** * **de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen;** * **de overlegcoördinator van het multidisciplinaire overleg.**   **Ze mogen niet namens de zorgbehoevende beslissen over de betaling van de premie.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | ja | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | nee | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | De verantwoordelijke, verstrekker of overlegcoördinator ondertekent het formulier om een administratieve aansluiting aan te vragen. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Gegevens van de ondertekenaar van dit formulier | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | U hoeft deze rubriek alleen in te vullen als de zorgbehoevende het formulier niet zelf ondertekent. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | **Kruis aan welke relatie de ondertekenaar van dit formulier met de zorgbehoevende heeft.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | echtgenoot, echtgenote of wettelijk samenwonende partner | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | ouder of schoonouder | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | zoon of schoonzoon, dochter of schoondochter | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | verantwoordelijke van het woonzorgcentrum, centrum voor kortverblijf of dagverzorgingscentrum | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | verantwoordelijke van het revalidatieziekenhuis of de revalidatievoorziening | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | overlegcoördinator van het multidisciplinaire overleg | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | wettelijke vertegenwoordiger  Onder ‘wettelijke vertegenwoordiger’ wordt de voogd of de voorlopige bewindvoerder verstaan. Voeg een kopie van de beschikking over de wettelijke vertegenwoordiging bij dit formulier. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | andere persoon:  *Voeg een volmacht bij dit formulier.* | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Ondertekening | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | **Vul de onderstaande verklaring in.**  **De volgende personen mogen het formulier alleen bij een administratieve aansluiting (een aansluiting zonder betaling van de premie vanaf 26 jaar) ondertekenen:**   * **de verantwoordelijke van het woonzorgcentrum, het centrum voor kortverblijf, het dagverzorgingscentrum;** * **de verantwoordelijke van het revalidatieziekenhuis of de revalidatievoorziening;** * **de verstrekker van mobiliteitshulpmiddelen;** * **de overlegcoördinator van het multidisciplinaire overleg.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | datum | | | | | | | dag | | |  | | | | | | maand | | | | | | |  | | | jaar | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | handtekening | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | voor- en achternaam | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Privacywaarborg | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | *De zorgkas verwerkt uw persoonsgegevens om uw aansluiting in orde te brengen, en slaat ze op in een centraal gegevensbestand. De gegevens worden aan het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming bezorgd op grond van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming.*  *Als u niet wilt dat de zorgkas uw gegevens verwerkt, kunt u dat melden aan de zorgkas. In dat geval kan de zorgkas u helaas niet aansluiten. U kunt ook altijd vragen aan uw zorgkas welke persoonsgegevens ze verwerkt en u kunt ze laten verbeteren. Bent u het niet eens met de manier waarop uw gegevens verwerkt worden, dan kunt u zich wenden tot de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer/Gegevensbeschermingsautoriteit (Drukpersstraat 35, 1000 Brussel). Ons beleid op het vlak van gegevensverwerking vindt u op* [*http://www.vlaamsesocialebescherming.be/privacy-en-gegevensuitwisseling*](http://www.vlaamsesocialebescherming.be/privacy-en-gegevensuitwisseling). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |