

**Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming**

www.departementzorg.be

www.vlaamsesocialebescherming.be

|  |  |
| --- | --- |
|  | Attest forfaitair vervoer voor minderjarigen in kader van revalidatie in een 7.74.6 of 9.69 revalidatievoorziening  Te bezorgen aan de zorgkas van de gebruiker |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Naam zorgkas van de gebruiker |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Identificatie van de gebruiker | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | voor- en achternaam |  | | | | | |
|  | rijksregisternummer |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Gegevens van de revalidatievoorziening | |
|  | | |
|  | | |
|  | naam van de revalidatievoorziening |  |
|  | HCO-nummer van de revalidatievoorziening |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | In te vullen door de revalidatievoorziening |
|  | |

# In te vullen door de

Maand waarop het vervoer betrekking heeft: …………………

Jaar waarop het vervoer betrekking heeft: ……………………..

|  |
| --- |
| **Datum waarop de gebruiker zich verplaatst heeft naar de revalidatievoorziening en gebruik wil maken van de forfaitaire vergoeding voor de reiskosten (i.p.v. de km-vergoeding voor rolstoelafhankelijk vervoer)** |
| ……./……./……. |
| ……./……./……. |
| ……./……./……. |
| ……./……./……. |
| ……./……./……. |
| ……./……./……. |
| ……./……./……. |
| ……./……./……. |
| ……./……./……. |
| ……./……./……. |
| ……./……./……. |
| ……./……./……. |
| ……./……./……. |
| ……./……./……. |
| ……./……./……. |
| ……./……./……. |
| ……./……./……. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | |
|  | Ondertekening door verantwoordelijke van de revalidatievoorziening | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | Ik bevestig op eer dat de revalidatieprestaties op de gegeven data in de aangegeven revalidatievoorziening verstrekt zijn aan de gebruiker, in de revalidatievoorziening. | | | | | | | |
|  | datum | dag |  | maand |  | jaar |  |  |
|  | handtekening |  | | | | | | |
|  | voor- en achternaam |  | | | | | | |