|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Attest van het sociaal secretariaat voor een praktijkondersteuner en/of praktijkverpleegkundige | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ELGEZ-250108 |
|  | ///////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg**  **Ondersteuning huisartsen**  p/a PMV-Standaardleningen  Oude Graanmarkt 63, 1000 BRUSSEL  **T** 02 229 52 30  praktijkondersteuning@pmv.eu  ****Waarvoor dient dit formulier?****  **U voegt dit formulier bij de aanvraag van een tegemoetkoming in een deel van de loonkosten voor een praktijkondersteuner en/of praktijkverpleegkundige.**  **Als het percentage werktijd van de bediende in de loop van het jaar verandert, moet u voor elke periode een apart formulier invullen.**  ****Wie vult dit formulier in?****  **Dit formulier wordt ingevuld door een bediende van het sociaal secretariaat van de huisarts**  ****Aan wie bezorgt u dit formulier?****  *Voeg de ondertekende versie van dit formulier als bijlage bij de digitale aanvraag van een tegemoetkoming* ***in een deel van de loonkosten voor een praktijkondersteuner en/of praktijkverpleegkundige*** *op* [*https://online.pmvz.eu/?domain=ha*](https://online.pmvz.eu/?domain=ha)*.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Gegevens van het sociaal secretariaat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ****1**** | Vul de naam van het sociaal secretariaat in. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Kruis hieronder aan of het sociaal secretariaat in opdracht werkt van een individuele huisarts of een groepspraktijk. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | een individuele arts. Ga naar vraag 3. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | een groepspraktijk. *Ga naar vraag 4.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Gegevens van de individuele huisarts | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ****3**** | **Vul de voor- en achternaam van de huisarts in.**  Ga daarna naar vraag 6. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Gegevens van de groepspraktijk | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ****4**** | **Vul de naam van de groepspraktijk in.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ****5**** | **Vul de voor- en achternaam van de contactpersoon in.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Gegevens van de bediende | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ****6**** | **Vul de voor- en achternaam van de administratief bediende in.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ****7**** | **Vul de tewerkstellingsgegevens van de bediende in.**  **‘Einddatum contract’ hoeft u alleen in te vullen als het contract daadwerkelijk is beëindigd.**  **Bij ‘tewerkstellingsperiode’ vermeldt u het aantal volledige maanden van tewerkstelling in het jaar van tewerkstelling waarvoor de tegemoetkoming aangevraagd wordt.**  **Bij ‘percentage werktijd’ vult u het percentage in dat opgenomen is in het arbeidscontract of in het bijvoegsel bij het arbeidscontract.**  **Bij ‘loonkosten’ vult u de begin- en einddatum in voor het jaar van tewerkstelling waarvoor de tegemoetkoming aangevraagd wordt.**  **Wanneer er beroep wordt gedaan op het systeem van flexi-werk of interim-werk wordt een Excel-document toegevoegd met de daadwerkelijke dagen/weken dat er werd gewerkt. Enkel de totale loonkost moet dan ingevuld worden.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | begindatum contract | | | | | dag | |  | | | maand | | |  | | jaar | | |  | |  | | |
|  | einddatum contract | | | | | dag | |  | | | maand | | |  | | jaar | | |  | |  | | |
|  | tewerkstellingsperiode | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | percentage werktijd | | | | |  | | | % | | | | | | | | | | | | | | |
|  | aantal uren per week | | | | |  | | | uren per week | | | | | | | | | | | | | | |
|  | begindatum loonkosten | | | | | dag | |  | | | maand | | |  | | jaar | | |  | |  | | |
|  | einddatum loonkosten | | | | | dag | |  | | | maand | | |  | | jaar | | |  | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ****8**** | **Vul de onderstaande tabel in.**  *Extralegale voordelen zoals maaltijdcheques telt u niet mee in de brutoloonkosten.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | RSZ-bijdrage werkgever | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | euro | | | |
|  | brutoloon | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | euro | | | |
|  | vakantiegeld | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | euro | | | |
|  | administratiekosten sociaal secretariaat | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | euro | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | **totaal kosten** | | | | | | | | | |  |  | | | | | **euro** | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Ondertekening | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Vul de onderstaande verklaring in. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Ik bevestig dat alle gegevens in dit attest naar waarheid zijn ingevuld. Ik verbind me ertoe eventuele wijzigingen van de vermelde gegevens onmiddellijk te mailen naar [praktijkondersteuning@pmv.eu](mailto:praktijkondersteuning@pmv.eu). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Druk in het vak hiernaast de stempel van het sociaal secretariaat af. | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | datum | | dag | |  | | maand | | |  | | jaar |  | | | |  |
|  | handtekening | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | voor- en achternaam | |  | | | | | | | | | | | | | |  |