|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Aanvraag van de subsidiëring van een centraal oproepnummer (aanvraag 2025 – subsidiejaar 2025) | ZORG/ELGZ-2025 |
|  | ///////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Afdeling Eerste Lijn en gespecialiseerde zorg**Belpairegebouw, Simon Bolivarlaan 17, 1000 Brussel**Stuur uw briefwisseling naar:**Koning Albert II-laan 15 bus 497, 1210 Brussel**T** 02 553 36 47eerstelijn@vlaanderen.be[www.departementzorg.be](http://www.departementzorg.be)  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ****Waarvoor dient dit formulier?******Met dit formulier vraagt u de subsidiëring aan voor het gebruik van een centraal oproepnummer in 2025.******Wie vult dit formulier in?******Dit formulier wordt ingevuld door de voorzitter van de huisartsenkring.****Wanneer dit formulier indien?****Dit formulier moet worden ingediend voor 10 maart 2025.** |

|  |
| --- |
|  |
|  | Identificatiegegevens |

1. **Vul de gegevens van de huisartsenkring in.**

|  |  |
| --- | --- |
| naam |       |
| erkenningsnummer |       |
| e-mailadres |       |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Gegevens van het centraal oproepnummer |

1. **Op welke dagen en uren is het centraal oproepnummer operationeel? 24/24**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| van |  | tot en met |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| maandag |  |   .   | uur |  |   .   | uur |
| dinsdag |  |   .   | uur |  |   .   | uur |
| woensdag |  |   .   | uur |  |   .   | uur |
| donderdag |  |   .   | uur |  |   .   | uur |
| vrijdag |  |   .   | uur |  |   .   | uur |
| zaterdag |  |   .   | uur |  |   .   | uur |
| zondag |  |   .   | uur |  |   .   | uur |
| feestdagen |  |   .   | uur |  |   .   | Uur |

|  |
| --- |
| 1. **Is er een wachtpost actief tijdens het weekend?**
 |
|  | **[ ]**  ja | [ ]  nee |

|  |
| --- |
| 1. **Hoeveel oproepen werden geregistreerd tijdens de week en tijdens het weekend tijdens het afgelopen werkingsjaar? Kringen die pas tijdens het huidige werkingsjaar zijn opgestart met het centraal oproepingnummer, rapporteren over het eerste kwartaal.**
 |

|  |  |
| --- | --- |
| Is dit het eerste werkingsjaar dat het centraal oproepingsnummer actief is?  | Kies een item. |

|  |  |
| --- | --- |
| tijdens de week |  |
| tijdens het weekend |  |

1. **Vul voor elk wachtdienstonderdeel het telefoonnummer in:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wachtdienstonderdeel** | **Telefoonnummer** | **Opmerkingen** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Organisatie van de wachtdienst in de huisartsenzone |

|  |
| --- |
| 1. **Is de huisartsenzone volledig gedekt door het centraal oproepnummer?**
 |
| [ ]  ja | [ ]  | nee |
|  |
| 1. **Worden de oproepen van de patiënten tijdens de wachtdienst via het centraal oproepnummer gecentraliseerd?**
 |
| [ ]  ja | [ ]  | nee |
|  |
| 1. **Is de telefooncentrale bemand?**
 |
|  | [ ]  ja  Voeg het activiteitencontract, met vermelding van de naam van de persoon of de personen die de telefooncentrale bemannen, bij uw aanvraag. |
|  | [ ]  nee |
|  |
| 1. **Worden de oproepen van de patiënten doorverwezen naar de meest adequate participerende zorgverstrekker, volgens vooraf overeengekomen procedures?**
 |
|  [ ]  ja | [ ]  | nee |
|  |
| 1. **Wordt er een interne registratie van de oproepen van de patiënten bijgehouden?**
 |
| [ ]  ja | [ ]  | nee |
|  |
|  | Bij te voegen bewijsstukken  |

|  |
| --- |
| 1. **Voeg de onderstaande bijlage bij uw aanvraag.**
 |
| Het activiteitencontract, met vermelding van de naam van de persoon of de personen die de telefooncentrale bemannen *(zie vraag 8).* |
|  | Ondertekening door de voorzitter van de huisartsenkring |

 **12. Vul de onderstaande verklaring in.**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Ik verklaar dat alle gegevens in dit formulier naar waarheid zijn ingevuld.****Ik verbind me ertoe eventuele wijzigingen van de vermelde gegevens onmiddellijk door te geven aan het Departement Zorg.** |
|  | plaats |  |
|  | datum | dag |  | maand |  | jaar |  |  |
|  | handtekening |  |
|  | voor- en achternaam |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Tegen wanneer en aan wie bezorgt u dit formulier terug? |

1. Mail dit formulier uiterlijk 10 maart naar **eerstelijn@vlaanderen.be** tav Caroline Van Muylem van het Departement Zorg.

***Enkel wanneer het niet mogelijk is om het ondertekende formulier per e-mail te bezorgen****, stuur het dan op met de post naar de afdeling Eerste Lijn & Gespecialiseerde Zorg van het Departement Zorg. U vindt het adres bovenaan op dit formulier.*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Hoe gaat het nu verder met deze aanvraag? |

1. Het Departement Zorg onderzoekt eerst of uw aanvraag volledig is. Zo nodig wordt aanvullende informatie opgevraagd.

Als de aanvraag volledig is, wordt ze ofwel aanvaard, ofwel geweigerd. Als uw aanvraag geweigerd wordt, ontvangt u een brief waarin die weigering omstandig gemotiveerd wordt.