|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Aanvraag van een voorschot op de subsidie voor een palliatief netwerk of samenwerkingsverband | | | | | | | | | | ELGEZ-241016 |
|  | ///////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// | | | | | | | | | | |
|  | **Afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg**  Simon Bolivarlaan 17, 1000 BRUSSEL  **T** 02 553 36 47  [eerstelijn@vlaanderen.be](mailto:eerstelijn@vlaanderen.be)  [www.departementzorg.be](http://www.departementzorg.be) | | | | | | | | | | |
|  | *Waarvoor dient dit formulier?*  Met dit formulier kunt u een voorschot aanvragen op de subsidie voor palliatieve netwerken of samenwerkingsverbanden.  Dit formulier is een toepassing van artikel 1bis, §2, van het koninklijk besluit van 19 juni 1997 houdende vaststelling van de subsidie, toegekend aan de samenwerkingsverbanden inzake palliatieve verzorging tussen verzorgingsinstellingen en -diensten en houdende regeling van de toekenningsprocedure (Belgisch Staatsblad, 28 juni 1997).  ***Wie vult dit formulier in?***  *Dit formulier wordt ingevuld door een persoon die daartoe gemachtigd is door het palliatief netwerk of samenwerkingsverband.*  ***Aan wie bezorgt u dit formulier?***  *Mail dit formulier op uiterlijk 1 januari van het werkingsjaar in kwestie naar eerstelijn@vlaanderen.be.* | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | Gegevens van uw palliatief netwerk of samenwerkingsverband | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 1 | Vul de gegevens van uw palliatief netwerk of samenwerkingsverband in. | | | | | | | | | | |
|  | naam |  | | | | | | | | | |
|  | straat en nummer |  | | | | | | | | | |
|  | postnummer en gemeente |  | | | | | | | | | |
|  | telefoonnummer |  | | | | | | | | | |
|  | e-mailadres |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **2** | **Op welk rekeningnummer moet het voorschot gestort worden?** | | | | | | | | | | |
|  | IBAN |  |  |  | |  |  |  |  |  | |
|  | BIC |  | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 3 | Vul de gegevens van de rekeninghouder in. | | | | | | | | | | |
|  | naam |  | | | | | | | | | |
|  | postnummer en gemeente |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | Gegevens van de subsidie | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 4 | Voor welk werkingsjaar vraagt u een voorschot op de subsidie aan? | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | |
|  | Ondertekening | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 5 | Vul de onderstaande verklaring in. | | | | | | | |
|  | Ik verklaar dat alle gegevens in dit formulier naar waarheid zijn ingevuld.  Ik bevestig dat het palliatief netwerk een voorschot aanvraagt van 90% van de subsidie, vermeld in artikel 36 van het besluit van de Vlaamse Regering van 3 mei 1995.  Ik bevestig dat het palliatief samenwerkingsverband een voorschot aanvraagt van 60% van de subsidie, vermeld in artikel 36 van het besluit van de Vlaamse Regering van 3 mei 1995.  Ik verbind me ertoe eventuele wijzigingen van de bovenvermelde gegevens onmiddellijk door te geven aan het Departement Zorg. | | | | | | | |
|  | datum | dag |  | maand |  | jaar |  |  |
|  | handtekening |  | | | | | | |
|  | voor- en achternaam |  | | | | | | |
|  | functie |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |