|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Financieel verslag van een palliatief netwerk (PN) of samenwerkingsverband (PSV) | | | | | | | | | | 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 bezorgt u het financiële verslag van uw palliatief netwerk of samenwerkingsverband van het voorbije werkingsjaar. Dit financiële verslag en de bewijsstukken vormen een onderdeel van de informatie op basis waarvan het departement de verantwoording van de subsidie van het voorbije werkingsjaar beoordeelt.*  *Dit formulier is een toepassing van artikel 37 van het besluit van de Vlaamse Regering van 3 mei 1995 houdende erkenning en subsidiëring van palliatieve netwerken en samenwerkingsverbanden (Belgisch Staatsblad, 18 augustus 1995).*  ***Wie vult dit formulier in?***  *Dit formulier wordt ingevuld door een persoon die daartoe door het palliatief netwerk of samenwerkingsverband gemachtigd is.*  ***Aan wie bezorgt u dit formulier?***  *Mail dit formulier en de bewijsstukken uiterlijk op 31 maart van het jaar dat volgt op het werkingsjaar waarop dit verslag betrekking heeft, naar* [eerstelijn@vlaanderen.be](mailto: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 eventuele saldo van de subsidie gestort worden?** | | | | | | | | | | |
|  | IBAN |  |  |  | |  |  |  |  |  | |
|  | BIC |  | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 3 | Vul de gegevens van de rekeninghouder in. | | | | | | | | | | |
|  | naam |  | | | | | | | | | |
|  | postnummer en gemeente |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | Gegevens van de subsidie | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 4 | Op welk werkingsjaar heeft dit financiële verslag betrekking? | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 5 | **Vermeld het bedrag van het saldo waarvan u de uitbetaling aanvraagt.**  *Het bedrag van het maximale saldo is gelijk aan het verschil tussen de subsidie, zoals bepaald in artikel 35 van het besluit van de Vlaamse Regering van 3 mei 1995, en het reeds gestorte voorschot.*        euro voor het palliatief samenwerkingsverband | | |
|  |  | | euro voor het palliatief netwerk |
|  | | | |
|  | | Bij te voegen bewijsstukken | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| 6 | **Voeg de volgende documenten bij dit formulier en vink ze af in de onderstaande aankruislijst.** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | de goedgekeurde jaarrekening | | | | | | | |
|  | |  | | een resultatenrekening, opgesplitst per activiteitencentrum | | | | | | | |
|  | |  | | een document waarin u omschrijft hoe de kosten en opbrengsten verdeeld zijn over de activiteitencentra | | | | | | | |
|  | |  | | een lijst met alle subsidies die u hebt gekregen van een overheid, met vermelding van de subsidieverleners en het doel van de subsidie | | | | | | | |
|  | |  | | een genummerde lijst van de gemaakte kosten, vermeld op de uitgesplitste resultatenrekening van het activiteitencentrum waartoe het netwerk of samenwerkingsverband behoort, met verwijzing naar de uitgavencategorie | | | | | | | |
|  | |  | | een verklaring dat de uitgaven die door de Vlaamse overheid aanvaard worden als verantwoording van de Vlaamse netwerksubsidie, niet ingediend zijn of zullen worden ter verantwoording van om het even welke andere inkomsten | | | | | | | |
|  | |  | | een afschrijvingstabel met lopende en nieuwe afschrijvingen | | | | | | | |
|  | |  | | de opbouw en aanwending van de reserve | | | | | | | |
|  | |  | | kopie van de aanwervingscontract van het gesubsidieerde personeel, voor het aantal voltijds equivalenten dat overeenstemt met de toegekende subsidie (voor de palliatieve samenwerkingsverbanden) | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | Hoe gaat het nu verder met dit financiële verslag? | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 7 | Het Departement Zorg onderzoekt of het financiële verslag volledig is. Zo nodig vraagt het aanvullende informatie op. Op basis van het financiële verslag bepaalt het departement de subsidie waarvoor uw palliatief netwerk of samenwerkingsverband voor het werkingsjaar in kwestie in aanmerking komt. Als het reeds gestorte voorschot meer bedraagt dan de subsidie, wordt het te veel uitbetaalde bedrag teruggevorderd. Als de subsidie meer bedraagt dan het reeds gestorte voorschot, wordt het saldo uitbetaald. | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | Ondertekening | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 8 | | 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 bovenvermelde gegevens onmiddellijk door te geven aan het Departement Zorg**.** | | | | | | | | | |
|  | | datum | | | dag |  | maand |  | jaar |  |  |
|  | | handtekening | | |  | | | | | | |
|  | | voor- en achternaam | | |  | | | | | | |