

1. Gegevens van de rechthebbende

Voornaam:	
Familienaam:	
Rijksregisternummer:	
Adres Nazareth-De Pinte:	
Telefoon: GSM:	
E-mail:	
Thuiswonend:	Ja - Neen (omcirkel wat van toepassing is)

2. Bij te voegen documenten

Gelieve onderstaande documenten toe te voegen aan de aanvraag:

- ☐ Een kopie van de identiteitskaart van de rechthebbende (voor- en achterkant) en/of zijn wettelijke vertegenwoordiger
- ☐ **Een medisch attest** van uw behandeld arts waaruit blijkt dat je tot één van onderstaande doelgroepen behoort (zie medisch attest op pg. 3):
 - onbehandelbare vorm van urinaire incontinentie
 - thuisdialysepatiënten
 - stomapatiënten en urinaire stomapatiënten
 - patiënten met sondevoeding
- ☐ of **een attest van uw ziekenfonds met begin- en einddatum** van de toekenning dat je gerechtigd bent op het **incontinentieforfait voor het jaar waarin je de aanvraag voor de gratis vuilniszakken** indient.
- ☐ Ingeval ik geen van bovenstaande attesten kan afleveren mag een maatschappelijk werker van het zorgloket mij contacteren.

3. Ondertekening



De ondergetekende bevestigt op eer dat deze verklaring oprecht en volledig is.

De persoonsgegevens die op het aanvraagformulier zijn vermeld worden elektronisch opgeslagen in functie van de geboden dienstverlening en overeenkomstig de algemeen geldende privacywetgeving.

Opgemaakt te

Datum:

Handtekening rechthebbende of wettelijke vertegenwoordiger

4. Volmacht (indien de rechthebbende de vuilniszakken niet kan ophalen)

Ik, **volmachtgever**, (naam en voornamen)

..... ,

geboren op

..... ,

wonende te

straat, nr. ,

rijksregisternummer

machtigt (naam en voornamen)

..... ,

geboren op

..... ,

wonende te

straat, nr. ,

rijksregisternummer

voor het **afhalen** van de gratis vuilniszakken in het sociaal huis Nazareth-De Pinte

Uw volmacht is pas geldig als u de identiteitskaart van de volmachtgever meebrengt of een kopie hiervan geeft.

Datum.....

Handtekening **volmachtgever**

handtekening **volmachtkrijger**

5. Medisch attest van de behandelend arts



1. Medische verklaring van uw behandelend arts

Ondergetekende,....., behandelend arts verklaart dat de patiënt:

Voornaam:

Naam:

Adres:

Rijksregisternummer:

tot één van onderstaande categorieën behoort:

☐ thuisdialysepatiënt

☐ stomapatiënt

☐ patiënt met sondevoeding

☐ patiënt die lijdt aan onbehandelbare vorm van urinaire incontinentie

2. Ondertekening door de behandelend arts

De ondergetekende bevestigt op eer dat deze verklaring oprecht en volledig is.

De persoonsgegevens die op het medisch attest zijn vermeld worden elektronisch opgeslagen in functie van de geboden dienstverlening en overeenkomstig de algemeen geldende privacywetgeving.

Dit attest is maximum **één jaar** geldig.

Opgemaakt te datum.....

Handtekening behandelend arts: