

AANVRAAGFORMULIER LOKALE MANTELZORGPREMIE

Formulier jaarlijks in te vullen door de mantelzorger en te bezorgen
aan het dienst welzijn van Gemeente Holsbeek, gemeentehuis,
Dutselstraat 15 3220 Holsbeek

Voor het jaar

Zorgbehoevende

(naam en voornaam zorgbehoevende)

.....

geboren op..... en wonende te Holsbeek,

(straat, huisnummer).....

Ondergetekende, mantelzorger

(naam en voornaam van de mantelzorger)

.....

geboren op..... en wonende te (gemeente).....

(adres)

(telefoonnummer).....

(mailadres).....

Verklaart op eer dat hij/zij een geregistreerde mantelzorger is van bovenstaande
zorgbehoevende persoon.

Tevens verklaart hij/zij dat hij/zij en de zorgbehoevende voldoen aan alle bepalingen die
opgenomen zijn in het bijgaand reglement mantelzorgpremie, goedgekeurd in de
gemeenteraad van.....

Kopie van attest van recht op een zorgvergoeding in de mantel- en thuiszorg in het kader
van de Vlaamse Zorgverzekering wordt gevoegd bij deze aanvraag.

Rekeningnummer waarop de premie kan worden gestort:.....

Ondergetekende verbindt er zich toe de eventuele controle te aanvaarden van de dienst
welzijn van de gemeente Holsbeek.

Opgemaakt te Holsbeek op, (datum)

Handtekening