

**Verklaring op erewoord
voor de algemene erkenning als mantelzorger¹**

Wet van 12 mei 2014

Te bezorgen aan het ziekenfonds van de mantelzorger

Identificatie van het ziekenfonds dat het formulier heeft ontvangen (nr.)	
Aanvraag voor een algemene erkenning als mantelzorger	Ja/nee
INFORMATIE OVER DE MANTELZORGER	
1. Identificatie mantelzorger <ul style="list-style-type: none">• Naam van de mantelzorger:• INSZ-nummer:• Ziekenfonds:• Inschrijvingsnummer:• Adres:• e-mailadres	
2. Heeft u een permanente verblijfplaats in België?	Ja/nee
3. Bent u ingeschreven in het rijksregister of in het Belgische vreemdelingenregister?	Rijksregister/ vreemdelingenregister/ nee
4. Bent u arbeidsongeschikt?	Ja/nee
5. Kleef hier een vignet van het ziekenfonds van de mantelzorger	
INFORMATIE OVER DE GEHOLPEN PERSOON	
6. Identificatie geholpen persoon <ul style="list-style-type: none">• Naam van de geholpen persoon:• Leeftijd van de geholpen persoon:• INSZ-nummer:• Inschrijvingsnummer:• Adres:• e-mailadres:	
7. Verblijft de geholpen persoon daadwerkelijk en bestendig in het land?	Ja/nee
8. Is de geholpen persoon kwetsbaar en in een afhankelijkheidssituatie wegens zijn hoge leeftijd, zijn gezondheidstoestand of een handicap?	Ja/nee
9. Kleef hier een vignet van het ziekenfonds van de geholpen persoon	

¹ Zoals bedoeld in hoofdstuk 2 van het KB tot uitvoering van de wet van 12 mei 2014 betreffende de erkenning van de mantelzorger en de toekenning van sociale rechten aan de mantelzorger.

INFORMATIE OVER UW RELATIE MET DE GEHOLPEN PERSOON	
10. Verleent u de bijstand en de hulp voor niet-professionele doeleinden en kosteloos?	Ja/nee
11. Worden de hulp en de bijstand verleend met de medewerking van ten minste een beroepsbeoefenaar?	Ja/nee
12. Houdt u rekening met het levensproject van de geholpen persoon?	Ja/nee
13. Heeft u een vertrouwens-, nabijheids-, affectieve of geografische relatie uitgebouwd met de geholpen persoon?	Invulveld

- Ik verklaar dat ik deze aanvraag correct en volledig heb ingevuld. Indien mijn situatie verandert, verklaar ik om onmiddellijk het ziekenfonds op de hoogte te stellen/	
- Ik weet dat een onjuiste of onvolledige verklaring of het nalaten een verplichte verklaring af te leggen of de inlichtingen te verstrekken waartoe ik gehouden ben aanleiding kan geven tot boetes, een administratieve sanctie of gerechtelijke vervolging, onverminderd eventuele terugvorderingen in overeenstemming met de artikelen 230 tot en met 236 van het Sociaal Strafwetboek en verbind mij ertoe elke wijziging door te geven aan mijn ziekenfonds.	
- Ik accepteer dat het ziekenfonds van de persoon <i>voor wie ik zorg of aan wie ik ondersteuning bied / die mij helpt of ondersteuning biedt</i> contact mag opnemen met mijn ziekenfonds om de nodige informatie te bekomen om deze aanvraag te behandelen.	
Handtekening mantelzorger	Handtekening van de geholpen persoon of van zijn/haar wettelijke vertegenwoordiger
Datum	Datum

De verzekeringsinstellingen verzamelen en verwerken persoonsgegevens. Dat doen we om onze taak als ziekenfonds te kunnen uitvoeren, om uw dossier te beheren en om u op de hoogte te houden van onze diensten en activiteiten. Het is uw recht om te weten welke gegevens we van u verwerken, om te vragen uw gegevens aan te passen of te wissen, om aan te geven dat u niet akkoord gaat met geautomatiseerde beslissingen en om de verwerking van uw gegevens voor direct marketing stop te zetten. Stuur uw verzoek t.a.v. onze privacyverantwoordelijke naar ons postadres of naar privacy@XXXXX.be