

[Annexe 40a

DEMANDE D'OCTROI DE L'ALLOCATION POUR SOINS ET ASSISTANCE DANS LES ACTES DE LA VIE JOURNALIERE (Art. 34, 11° et 12°, de la loi coordonnée du 14.07.1994)

Références	
Institution	□□□□□□□□□□□□□□□□
O.A.	□□□□□□□□□□□□□□□□

INSTITUTION DEMANDERESSE

Type de lit (1)
1. Lit MRS
2. Lit MRPA

N° INAMI □□□□□□□□□□□□

Dénomination:.....
Adresse:

ORGANISME ASSUREUR:

N° mutualité ou Office régional ou Centre médical régional □□□□

Dénomination:.....
Adresse:

BENEFICIAIRE:

Numéro d'inscription à la sécurité sociale (carte SIS) □□□□□□□□□□□□

Nom - Prénom:..... Date de naissance:.....

Adresse:

Date d'entrée (2):..... heure:
Date de la demande:

J'atteste que le bénéficiaire est admis dans l'institution aux date et heure mentionnées ci-dessus.

Je suis responsable des soins dispensés au bénéficiaire qui sont couverts par l'allocation forfaitaire que je sollicite.

Je sollicite l'allocation correspondant à la catégorie suivante:
Catégorie O - Catégorie A - Catégorie B - Catégorie C - Catégorie Cdément – Catégorie D -Catégorie Ccoma(1).

Il s'agit en l'occurrence d' (3)

Court séjour (1) OUI / NON

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> une nouvelle demande *

<input type="checkbox"/> un changement de catégorie* | <input type="checkbox"/> un transfert sans changement de catégorie (l'engagement de paiement à partir dureste d'application)
<input type="checkbox"/> un transfert avec changement de catégorie *
<input type="checkbox"/> une réadmission dans les 30 jours sans changement de catégorie (l'engagement de paiement à partir dureste d'application)
<input type="checkbox"/> une réadmission dans les 30 jours avec changement de catégorie * |
|---|--|

- * Je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, l'échelle d'évaluation étayant la demande d'allocation (1).
- * En cas d'aggravation du degré de dépendance : j'y joins également un rapport circonstancié (1).
- * En cas de première admission d'un bénéficiaire classé dans la catégorie Ccoma : je joins sous pli fermé, adressé au médecin-conseil, un rapport médical, attestant que le bénéficiaire répond aux critères de cette catégorie, établi par un centre hospitalier d'expertise (1).

Le responsable de l'institution.
Date:.....
Signature - Nom:

- (1) Biffer les mentions inutiles.
- (2) En cas de réadmission ou de transfert interne, il y a lieu d'indiquer la date et l'heure de réadmission.
- (3) Cochez la case adéquate].