## **Verklaring op eer betreffende betaling van de therapiekosten met het PVB-budget**

Identificatiegegevens budgethouder

Officiële voornaam: …………………………………………………………………………………………………………………….

Achternaam: ……………………………………………………………………………………………………………………………….

Dossiernummer: ………………………………………………………………………………………………………………………….

Rijksregisternummer:

Identificatiegegevens sessiehouder – dienst of organisatie

Soort hulp (auticoaching, logopedie, hippotherapie,…): ……………………………………………………………..

Naam organisatie: ……………………………………………………………………………………………………………………….

Straat en huisnummer: ……………………………………………………………………………………………………………….

Postcode en gemeente: ………………………………………………………………………………………………………………

Telefoonnummer: ……………………………………………………………………………………………………………………….

Ondernemingsnummer: ……………………………………………………………………………………………………………..

Is uw dienst erkend door het VAPH? JA NEE

Hoeveel tijd maakt de persoon met handicap gebruik van uw diensten?

 Dagelijks

 Wekelijks

 Maandelijks

 …….. Uur in totaal

Afgesproken regeling: ……………………………………………………………………………………………………………………

Vanaf welke datum maakt de persoon met handicap gebruik van de diensten?

Werd er een einddatum afgesproken?

Zo ja, welke:

Verklaring op eer

De kosten worden **NIET** (noch geheel of gedeeltelijk) terugbetaald door het RIZIV of de mutualiteit van de budgethouder.

Ondertekening ter akkoord:

Budgethouder/ gevolmachtigde (bewindvoerder, notariële volmacht,…):

Voornaam en achternaam: ……………………………………………………………………………………………………………..

Handtekening: op:

Ondertekening ter akkoord:

Voorziening / organisatie /…:

Naam voorziening: ………………………………………………………………………………………………………………………….

Voor- en achternaam: ……………………………………………………………………………………………………………………..

Functie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Handtekening/stempel: op: