

ZG/VZ/ZK-03-140507

Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid  
**Vlaamse Zorgkas vzw**  
 Koning Albert II-laan 35 bus 36, 1030 BRUSSEL  
 Tel. 02 553 45 90  
 E-mail: [vlaamsezorgkas@zorg-en-gezondheid.be](mailto:vlaamsezorgkas@zorg-en-gezondheid.be)  
 Website: [www.vlaamsezorgkas.be](http://www.vlaamsezorgkas.be)

In te vullen door de  
 behandelende afdeling  
 ontvangstdatum

**Waarvoor dient dit formulier?**

Met dit formulier bezorgt u als zorgbehoevende of als wettelijk vertegenwoordiger van de zorgbehoevende de nodige gegevens aan de Vlaamse Zorgkas om uw bankrekeningnummer aan te passen voor betalingen naar Europees model. Alle vergoedingen die de zorgbehoevende ontvangt van de Vlaamse Zorgkas in het kader van de Vlaamse Sociale Bescherming zullen op dit rekeningnummer uitbetaald worden. Het is niet mogelijk om voor de verschillende vergoedingen een verschillend rekeningnummer door te geven.

**Aan wie bezorgt u dit formulier?**

Bezorg dit formulier aan de Vlaamse Zorgkas vzw. U vindt de gegevens bovenaan op dit formulier. Als u in Vlaanderen woont, kunt u het formulier ongefrankeerd afgeven op het OCMW van uw gemeente. Als u NMBS-personeelslid bent, kunt u uw formulier meegeven met de huispost van de NMBS.

## Gegevens van de zorgbehoevende

**1 Vul hieronder de gegevens van de zorgbehoevende in.**

Het rijksregisternummer vindt u op de achterkant van de identiteitskaart van de zorgbehoevende.

voor- en achternaam .....

rijksregisternummer

**2 Vul hieronder het IBAN-nummer en de BIC-code in van de bankrekening van de zorgbehoevende waarop de vergoedingen in het kader van de Vlaamse Sociale Bescherming mogen uitbetaald worden.**

Het IBAN-nummer en de BIC-code vindt u op de rekeninguittreksels.

IBAN

BIC

## Gegevens van de vertegenwoordiger van de zorgbehoevende

U hoeft deze rubriek alleen in te vullen als de zorgbehoevende het formulier zelf niet ondertekent.

**3 Vul de gegevens in van de vertegenwoordiger van de zorgbehoevende.**

voor- en achternaam .....

straat en nummer .....

postnummer en gemeente .....

telefoonnummer .....

e-mailadres .....

geboortedatum

dag

maand

jaar

rijksregisternummer

**4 Kruis aan welke verwantschap de vertegenwoordiger met de zorgbehoevende heeft.**

- echtgenoot of echtgenote
- broer of zus
- ouder of grootouder
- kind of kleinkind
- schuldbemiddelaar in het kader van een collectieve schuldenregeling
- wettelijke vertegenwoordiger  
*Onder wettelijke vertegenwoordiger wordt de voogd of de voorlopige bewindvoerder verstaan. U voegt een kopie van de beschikking over de wettelijke vertegenwoordiging bij dit formulier.*
- meerderjarig lid van het gezin van de zorgbehoevende  
*U voegt een attest van gezinssamenstelling bij dit formulier. Dat attest kunt u aanvragen bij de gemeente.*
- Directeur van het woonzorgcentrum of psychiatrisch verzorgingstehuis waar de zorgbehoevende verblijft  
*U voegt een doktersattest bij dit formulier met de verklaring dat de gebruiker zelf niet kan tekenen én een verklaring van de directeur dat er geen andere personen zijn die kunnen optreden als vertegenwoordiger.*
- andere persoon: .....

**Volmacht**

Vul de onderstaande verklaring in indien u bij vraag 4 het hokje 'andere persoon' heeft aangekruist.

**5 Ik geef volmacht aan de niet-wettelijke vertegenwoordiger om in naam van de zorgbehoevende een wijziging van het bankrekeningnummer aan te vragen.**

datum dag   maand   jaar

handtekening van de  
zorgbehoevende of zijn  
wettelijke vertegenwoordiger .....

voor- en achternaam .....

**Ondertekening**

**6 Vul de onderstaande verklaring in.**

Deze verklaring moet worden ondertekend door de zorgbehoevende of door zijn vertegenwoordiger.

**Ik bevestig dat alle gegevens in dit formulier naar waarheid zijn ingevuld.**

datum dag   maand   jaar

handtekening van de  
zorgbehoevende of zijn  
vertegenwoordiger .....

voor- en achternaam .....