

AANVRAAGFORMULIER VOOR HET BEKOMEN VAN EEN TEGEMOETKOMING OP DIFTAR VOOR PERSONEN MET EEN MEDISCHE AANDOENING

te bezorgen aan :

Stadsbestuur Ninove - dienst leefmilieu
Centrumlaan 100 te 9400 Ninove
Tel. 054 50 50 50
leefmilieu@ninove.be

Ik, ondergetekende:

Rijksregisternummer: (*)	__ . __ . __ - __ . __ . __
Voornaam en naam: (*)	
Adres: (*)	
Telefoon of GSM: (*)	
e-mailadres:	

(*) verplicht in te vullen

Vraag een tegemoetkoming voor het DIFTAR-systeem aan om volgende redenen:
(beide opties zijn mogelijk)

- chronische incontinentieproblemen
 specifieke medische noden (nierdialyse, stomapatiënt of gelijkaardige aandoeningen)

Ik voeg hierbij een medisch attest van de huisarts of specialist

- Ik verklaar op eer geen zorg te ontvangen in een residentiële voorziening, serviceflat, assistentiewoning, ziekenhuis, woonzorgcentrum of centrum voor kortverblijf
 Ik verklaar op eer dat ik op datum van aanvraag ingeschreven ben in het bevolkings- of vreemdelingenregister van de stad Ninove

verplicht aan te kruisen

Datum

handtekening aanvrager

Met het aanvragen van deze sociale correctie gaat de aanvrager akkoord dat het gemeentebestuur zijn gegevens verwerkt conform de privacywetgeving, en ze overmaakt aan de afvalintercommunale ILVA. De toelage wordt rechtstreeks op de ILVA-provisierekening van de referentiepersoon van het gezin gestort.