** Aanmeldingsformulier** 

*Dit formulier is bedoeld voor de VDAB. Op dit formulier vult u een aantal gegevens over uzelf in (uw naam, adres, telefoonnummer, …). Ook de adviserend geneesheer vult gegevens over u in. Wij dragen zorg voor deze gegevens en gaan er correct mee om.*

*De VDAB geeft de gegevens ook door aan haar partners (de organisaties die met de VDAB samenwerken). Dat gebeurt met de bedoeling u te ondersteunen in uw stappen naar werk.*

*Alle medewerkers die met uw gegevens werken, moeten zich houden aan het zorgvuldigheidsprincipe. Dat betekent dat ze nauwkeurig moeten omspringen met uw gegevens: medewerkers mogen ze niet zomaar doorgeven en ze mogen uw gegevens niet voor andere doeleinden gebruiken. Het zijn immers vertrouwelijke en persoonlijke gegevens.*

|  |
| --- |
| **Deelname aan het RIZIV/ULB2018 pilootproject: □ Ja ; □ Neen**  **(enkel in dit geval het aanmeldingsformulier ook bezorgen aan ips**[**@riziv.fgov.be**](mailto:francis.colla@inami.fgov.be)**)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificatiegegevens** | |
| Naam |  |
| RRN |  |
| Wonende te |  |
| Telefoon |  |
| E-mail\* |  |

\* nodig maar facultatief

**Akkoord**

|  |
| --- |
| Ik ga akkoord dat de noodzakelijke en relevante (ook medische/psychische/psychologische) informatie tussen VDAB/GTB en ZF wordt uitgewisseld met het oog op mijn socio-professionele reïntegratie. |

|  |  |
| --- | --- |
| Handtekening |  |

**Vraagstelling**

|  |
| --- |
| Bezoldigd werk de afgelopen 2 jaren ? □ Ja ; □ Neen |
|  |

**Contactgegevens (naam, telefoonnummer en e-mail-adres)**

|  |  |
| --- | --- |
| VDAB/GTB |  |
| Ziekenfonds  Adviserend geneesheer |  |
| Ziekenfonds  Maatschappelijk werk |  |

**Naam:** ……………...………………………………………………………………...

**RRN:**  ……………...………………………………………………………………...

**Medische inschatting door adviserend geneesheer:**

* Naam **adviserend geneesheer:**

……………...………………………………………………………………...

* Specialisatie :

Geneesheer-specialist in de verzekeringsgeneeskunde en de medische expertise.

De aanvrager/bovengenoemde klant heeft (kruis aan wat van toepassing is)

* ***géén beperking*** op de arbeidsmarkt omwille van medische/psychische/psychologische reden
* ***wel een beperking*** op de arbeidsmarkt omwille van medische/psychische/psychologische reden

Indien een beperking vul dan onderstaande rubrieken verder aan :

* Vul (indien mogelijk) de juiste code in aan de hand van de lijst “problematieken voor indicatie van een arbeidshandicap en toekenning recht op BTOM (bijzondere tewerkstellingsondersteunende maatregelen) zie volgende link <http://vdab.be/arbeidshandicap/codelijst.shtml>.

**Code: , *bv. H 906***

**Gediagnosticeerd door:** ……………...………………………………………...

(discipline en naam geneesheer-specialist vermelden)

* Beschrijf de problematiek die zich stelt bij het uitvoeren van de job :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Er kunnen meerdere codes vermeld worden.

Voor vragen kan u contact opnemen met de servicelijn op het gratis nummer 0800/30 700 of bij de Dienst Arbeidshandicap van uw regio.

Datum Handtekening en stempel **adviserend geneesheer**