|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Aanvraag van de subsidiëring van een centraal oproepnummer | ZG/WEL-SEL02-160414 |
|  | ///////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// |
|  | **Afdeling Woonzorg en Eerste Lijn**Koning Albert II-laan 35 bus 33, 1030 BRUSSEL**T** 02 553 36 48thomas.boeckx@zorg-en-gezondheid.be[www.zorg-en-gezondheid.be/Zorgaanbod/Eerstelijn](http://www.zorg-en-gezondheid.be/Zorgaanbod/Eerstelijn/) |
|  | ****Waarvoor dient dit formulier?******Met dit formulier vraagt u de subsidiëring aan voor het gebruik van een centraal oproepnummer in een bepaald jaar.******Wie vult dit formulier in?******Dit formulier wordt ingevuld door de voorzitter van de huisartsenkring.****Wanneer dit formulier indien?****Dit formulier moet worden ingediend voor 31 mei.** |
|  |
|  | Gegevens van de huisartsenkring |
|  |
| ****1**** | **Vul de gegevens van de huisartsenkring in.** |
|  | naam |       |
|  | erkenningsnummer |       |
|  | straat en nummer |       |
|  | postnummer en gemeente |       |
|  | website |       |
|  | e-mailadres |       |
|  |
|  | Subsidiejaar |
|  |
| ****2**** | **Vul het jaar in waarvoor u de subsidie aanvraagt.** |
|  |      |  |
|  |
|  | Gegevens van het centraal oproepnummer |
|  |
| ****3**** | **Beschrijf de werking van uw centraal oproepnummer.** |
|  | werking tijdens de week |       |
|  | werking tijdens het weekend |       |
|  |
| ****4**** | **Hoeveel oproepen werden geregistreerd in het subsidiejaar?** |
|  |       |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| ****5**** | **Op welke dagen en uren is het centraal oproepnummer operationeel?** |
|  |
|  |  |  | van |  | tot en met |  |
|  | maandag |  |   .   | uur |  |   .   | uur |  |
|  | dinsdag |  |   .   | uur |  |   .   | uur |  |
|  | woensdag |  |   .   | uur |  |   .   | uur |  |
|  | donderdag |  |   .   | uur |  |   .   | uur |  |
|  | vrijdag |  |   .   | uur |  |   .   | uur |  |
|  | zaterdag |  |   .   | uur |  |   .   | uur |  |
|  | zondag |  |   .   | uur |  |   .   | uur |  |
|  | feestdagen |  |   .   | uur |  |   .   | uur |  |
|  |
| ****6**** | **Vul het telefoonnummer van het centraal oproepnummer in.** |
|  |       |  |
|  |
| ****7**** | **Gaat het om een 0900-nummer?** |
|  | **[ ]**  | ja. *Ga naar vraag 8.* |
|  | **[ ]**  | nee. *Ga naar vraag 11.* |
|  |
| ****8**** | **Worden de kosten van het 0900-nummer betaald door de oproeper?** |
|  | **[ ]**  | ja. *Ga naar vraag 9.*  |
|  | **[ ]**  | ja, gedeeltelijk. *Ga naar vraag 9.*  |
|  | **[ ]**  | nee. *Ga naar vraag 11.* |
|  |
| ****9**** | **Hoeveel betaalt de oproeper per minuut?** |
|  |       | euro |
|  |
| ****10**** | **Is de kostprijs hoger dan voor een gewone zonale oproep?** |
|  | **[ ]**  | ja | **[ ]**  | nee |
|  |
|  | Organisatie van de wachtdienst |
|  |
| ****11**** | **Is de wachtzone volledig gedekt door het centraal oproepnummer?** |
|  | [ ]  | ja | [ ]  | nee |
|  |
| ****12**** | **Worden de oproepen van de patiënten tijdens de wachtdienst via het centraal oproepnummer gecentraliseerd?** |
|  | [ ]  | ja | [ ]  | nee |
|  |
| ****13**** | **Is de telefooncentrale bemand?** |
|  | **[ ]**  | ja. Voeg het activiteitencontract, met vermelding van de naam van de persoon of de personen die de telefooncentrale bemannen, bij uw aanvraag. |
|  | **[ ]**  | nee |
|  |
| ****14**** | **Worden de oproepen van de patiënten doorverwezen naar de meest adequate participerende zorgverstrekker, volgens vooraf overeengekomen procedures?** |
|  | [ ]  | ja | [ ]  | nee |
|  |
| ****15**** | **Wordt er een interne registratie van de oproepen van de patiënten bijgehouden?** |
|  | [ ]  | ja | [ ]  | nee |
|  |
| ****16**** | **Wordt er op contractuele basis een wederzijdse samenwerking opgezet met andere beroepsdisciplines van de eerste lijn?** |
|  | **[ ]**  | ja. **Geef een omschrijving van de organisatie van die wederzijdse samenwerking.**Voeg een kopie van het contract over de wederzijdse samenwerking bij uw aanvraag. |
|  |       |
|  | **[ ]**  | nee |
|  |
| ****17**** | **Worden er initiatieven over de veiligheid van de verstrekker geïmplementeerd?** |
|  | **[ ]**  | ja.**Geef een omschrijving van die initiatieven.** |
|  |       |
|  | **[ ]**  | nee |
|  |
|  | Exploitatiekosten van het centraal oproepnummer |
|  |
| ****18**** | **Hoeveel bedragen de kosten in het subsidiejaar voor de exploitatie van het centraal oproepnummer?** |
|  |
|  | kostensoort |  | bedrag |  |
|  | telefoon |  |       | euro |  |
|  | personeel |  |       | euro |  |
|  | huur |  |       | euro |  |
|  | andere |  |       | euro |  |
|  |
|  | totaal |  |       | euro |  |
|  |
| ****19**** | **Wordt er een financiële bijdrage in de exploitatiekosten geleverd door de betrokken wachtdoende huisartsen?** |
|  | **[ ]**  | ja. *Ga naar vraag 20.* |
|  | **[ ]**  | nee. *Ga naar vraag 23.* |
|  |
| ****20**** | **Hoeveel wachtdoende huisartsen zijn er bij het centraal oproepnummer betrokken?** |
|  |       | wachtdoende huisartsen |
|  |
| ****21**** | **Hoeveel dragen de betrokken wachtdoende huisartsen in totaal bij in de exploitatiekosten?** |
|  |       | euro |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| ****22**** | **Hoeveel dragen de wachtdoende huisartsen bij in de kosten van het centraal oproepnummer?** |
|  |
|  | kostensoort |  | bedrag per jaar per arts |  |
|  | specifiek deel lidmaatschapsbijdrage aan huisartsenkring |  |       | euro |  |
|  | speciale bijdrage aan de huisartsenkring |  |       | euro |  |
|  | andere manier |  |       | euro |  |
|  |
| ****23**** | **Wordt er een financiële bijdrage in de exploitatiekosten geleverd door andere bronnen?** |
|  | **[ ]**  | ja.**Vermeld die andere bronnen en vul het bedrag in van de financiële bijdrage in de exploitatiekosten die die andere bronnen leveren.** |
|  | andere bronnen |       |
|  | totale bijdrage  |       | euro |
|  | **[ ]**  | nee |
|  |
|  | Financiële gegevens |
|  |
| 24 | **Vul hieronder de gegevens in van het bankrekeningnummer waarop Zorg en Gezondheid de subsidies kan storten.** |
|  | IBAN |      |  |      |  |      |  |      |  |
|  | BIC |       |  |
|  | naam rekeninghouder |       |
|  |
|  | Bij te voegen bewijsstukken |
|  |
| 25 | **Voeg de onderstaande bijlagen bij uw aanvraag en vink ze telkens aan in de aankruislijst.** |
|  | **[ ]**  | het activiteitencontract, met vermelding van de naam van de persoon of de personen of personen die de telefooncentrale bemannen *(zie vraag 13)* |
|  | **[ ]**  | een kopie van het contract over de wederzijdse samenwerking *(zie vraag 16)* |
|  |
|  | Ondertekening door de voorzitter van de huisartsenkring |
|  |
| 26 | **Vul de onderstaande verklaring in.** |
|  | **Ik verklaar dat alle gegevens in dit formulier naar waarheid zijn ingevuld.****Ik verbind me ertoe eventuele wijzigingen van de vermelde gegevens onmiddellijk door te geven aan Zorg en Gezondheid.** |
|  | plaats |       |
|  | datum | dag |    | maand |    | jaar |      |  |
|  | handtekening |       |
|  | voor- en achternaam |       |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Tegen wanneer en aan wie bezorgt u dit formulier terug? |
|  |
| 27 | *Mail dit formulier uiterlijk 31 mei naar* *thomas.boeckx@zorg-en-gezondheid.be* *van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.* |
|  |
|  | Hoe gaat het nu verder met deze aanvraag? |
|  |
| 28 | *Het Agentschap Zorg en Gezondheid onderzoekt eerst of uw aanvraag volledig is. Zo nodig wordt aanvullende informatie opgevraagd.**Als de aanvraag volledig is, wordt ze ofwel aanvaard, ofwel geweigerd. Als uw aanvraag geweigerd wordt, ontvangt u een brief waarin die weigering omstandig gemotiveerd wordt.* |