

**Belliardstraat 71/1 - 1040 Brussel** **impulseobrussel@vivalis.brussels** **Tel 02/502 60 01** [**www.vivalis.brussels**](http://www.vivalis.brussels)

*Dit formulier moet opgestuurd worden naar de GGC en dit uiterlijk op 30 juni en heeft betrekking op de loonkosten van*

*het jaar dat het jaar van de aanvraag voorafgaat. Het formulier mag ofwel verstuurd worden via e-mail met*

*ontvangstbevestiging ofwel via de post (in het laatste geval mag de poststempel niet ouder zijn dan 30 juni)*

 **aanvraag voor EEN tegemoetkoming IN de loonkosten voor twee of meerdere artsen die deel uitmaken van een groepering met inbegrip van een medisch huis**

|  |
| --- |
| **IDENTITEIT VAN DE AANVRAGER EN VAN DE BEGUNSTIGDE VAN DE BETALING** |
|  |
| 1. **De aanvraag wordt gedaan door een groepering in de hoedanigheid van : (aankruisen wat van toepassing is):**

Ο Rechtspersoon (ga naar vraag 2) Ο Feitelijke vereniging (ga onmiddellijk naar vraag 6) |
| A – IDENTITEIT VAN DE AANVRAGER IN DE HOEDANIGHEID VAN RECHTSPERSOON |
| 1. **Identiteit van de entiteit**
 |
| Naam van de entiteit…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Rechtsvorm………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Oprichtingsdatum : Dag……… Maand ………… jaar ……………………………………………………………………………………………. |
| Ondernemingsnummer (KBO)…………………………………………….…………………………………………………………………………………………..   |
| 1. **Maatschappelijke zetel**

Straat + nummer………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Postcode + gemeente……………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Tel……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| 1. **Installatieplaats**
 |
| Straat + nummer………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Postcode + gemeente……………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Tel……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| 1. **Afgevaardigd bestuurder of zaakvoerder**

**Naam…………………………………………………………………………………… Voornaam………………………………………………………………………**B – IDENTITEIT VAN DE AANVRAGER IN DE HOEDANIGHEID VAN FEITELIJKE VERENIGING1. **Identiteit van de feitelijke vereniging**

Naam van de entiteit……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Oprichtingsdatum: Dag……… Maand ………… jaar …………………………………………………………………………………………….Ondernemingsnummer (KBO)…………………………………………….…………………………………………………………………………………………..  1. **Installatieplaats**

Straat + nummer……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Postcode + gemeente…………………………………………………………………………………………………………………………………………….Tel……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
|

|  |
| --- |
| **SAMENSTELLING VAN DE GROEPERING DOOR VOLGENDE ARTSEN** |

 |
| ***Gelieve hier de gegevens in te vullen van alle artsen die deel uitmaken van de groepering en die de tegemoetkoming aanvragen. Indien het aantal artsen hoger is dan drie, gelieve de bijlage 1 in te vullen voor elke bijkomende arts.*** 1. **IDENTITEIT ARTS 1**
2. **Identiteit**

Naam………………………………………………………………………………………….Voornaam……………………………………………………………………….Adres (straat + nummer)…………………………….…………………………………………………………………………………………………………………. Postcode + gemeente…………………………………………………………………………………………………………………………………………….Tel.nr./GSM……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………E-mailadres……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Geboortedatum: Dag……… Maand ………… jaar …………………………………………….……………………………………………. Geboorteplaats………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………….Geslacht : ◊ M ◊ VNationaliteit………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Rijksregisternummer…………………………………………………………………………………………………………………………………………Identiteitskaart geldig tot: Dag……… Maand ………… jaar ……………………………………………………………………….Datum erkenning RIZIV Dag……… Maand ………… jaar ………………………………………………………………………………………….Inschrijvingsnummer RIZIV…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Ondernemingsnummer (KBO) – indien van toepassing………………………………………………………………………………………………………………..Datum van inschrijving in een huisartsenkring: ………………………………………………………………………………………………….1. **Installatieplaats**

Straat + nummer……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Postcode + gemeente………………………………………………………………………………………………………………………………………………..1. **Periode van deelname aan de groepering**

Aanvangsdatum van deelname aan de groepering: Dag……… Maand ………… jaar ………………………………………………………..Einddatum van deelname aan de groepering : Dag……… Maand ………… jaar ………………………………………………………..1. **IDENTITEIT ARTS 2**
2. **Identiteit**

Naam………………………………………………………………………………………….Voornaam……………………………………………………………………….Adres (straat + nummer)…………………………….…………………………………………………………………………………………………………………. Postcode + gemeente…………………………………………………………………………………………………………………………………………….Tel.nr./GSM……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………E-mailadres……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Geboortedatum: Dag……… Maand ………… jaar …………………………………………….……………………………………………. Geboorteplaats………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………….Geslacht : ◊ M ◊ VNationaliteit………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Rijksregisternummer…………………………………………………………………………………………………………………………………………Identiteitskaart geldig tot: Dag……… Maand ………… jaar ……………………………………………………………………….Datum erkenning RIZIV Dag……… Maand ………… jaar ………………………………………………………………………………………….Inschrijvingsnummer RIZIV…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Ondernemingsnummer (KBO) – indien van toepassing………………………………………………………………………………………………………………..Datum van inschrijving in een huisartsenkring: ………………………………………………………………………………………………….1. **Installatieplaats**

Straat + nummer……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Postcode + gemeente………………………………………………………………………………………………………………………………………………..1. **Periode van deelname aan de groepering**

Aanvangsdatum van deelname aan de groepering: Dag……… Maand ………… jaar ………………………………………………………..Einddatum van deelname aan de groepering : Dag……… Maand ………… jaar ………………………………………………………..**10- IDENTITEIT ARTS 3**1. **Identiteit**

Naam………………………………………………………………………………………….Voornaam……………………………………………………………………….Adres (straat + nummer)…………………………….…………………………………………………………………………………………………………………. Postcode + gemeente…………………………………………………………………………………………………………………………………………….Tel.nr./GSM……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………E-mailadres……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Geboortedatum: Dag……… Maand ………… jaar …………………………………………….……………………………………………. Geboorteplaats………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………….Geslacht : ◊ M ◊ VNationaliteit………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Rijksregisternummer…………………………………………………………………………………………………………………………………………Identiteitskaart geldig tot: Dag……… Maand ………… jaar ……………………………………………………………………….Datum erkenning RIZIV Dag……… Maand ………… jaar ………………………………………………………………………………………….Inschrijvingsnummer RIZIV…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Ondernemingsnummer (KBO) – indien van toepassing………………………………………………………………………………………………………………..Datum van inschrijving in een huisartsenkring: ………………………………………………………………………………………………….1. **Installatieplaats**

Straat + nummer……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Postcode + gemeente………………………………………………………………………………………………………………………………………………..1. **Periode van deelname aan de groepering**

Aanvangsdatum van deelname aan de groepering: Dag……… Maand ………… jaar ………………………………………………………..Einddatum van deelname aan de groepering : Dag……… Maand ………… jaar ……………………………………………………….. |
| **IDENTITEIT VAN DE BEGUNSTIGDE VAN DE BETALING** |
|

|  |
| --- |
| **11- Groepering in de hoedanigheid van rechtspersoon zoals bedoeld onder A. 2. : rekeningnummer van deze rechtspersoon**IBAN ……………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………..  |
| BIC………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………… |

Bankrekening op naam van ……………………………………………………………………………………………………………………………………**12- Groepering in de hoedanigheid van feitelijke vereniging zoals bedoeld onder B. 6.***Het is niet mogelijk het bedrag van de tegemoetkoming te storten op het rekeningnummer van de feitelijke vereniging. Dit kan enkel aan artsen die deel uitmaken van de groepering.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naam van alle artsen van de groepering of van hun vennootschap (= het KBO-nummer van elke begunstigde vermelden) | **Verdeelsleutel van de tegemoetkoming (in overeenstemming met de samenwerkingsovereenkomst)** | **IBAN** | **BIC** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**NB : indien het een eerste IMPULSEO-aanvraag betreft, moet het inlichtingsfiche vermeld in bijlage 4 ingevuld worden door alle titularisen van de bovenvermelde bankrekeningen** .  |
| **GEGEVENS VAN DE ADMINISTRATIEF BEDIENDE(N)** |
| ***Gelieve hier de gegevens in te vullen van de administratief bedienden waarvoor de tegemoetkoming wordt aangevraagd. Indien de aanvraag meer dan drie administratief bedienden betreft, gelieve voor elke bijkomende bediende de bijlage 2 in te vullen.*** |

**13-ADMINISTRATIEF BEDIENDE 1**

1. **Identiteit van de bediende**

Naam………………………………………………………………………………………….Voornaam……………………………………………………………………….

Adres ………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………….

Tel.nr./GSM………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Geboortedatum : Dag……… Maand ………… jaar …………………………………………….…………………………………………….

Geboorteplaats………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Geslacht : ◊ M ◊ V

Nationaliteit………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Rijksregisternummer…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Identiteitskaart geldig tot: Dag……… Maand ………… jaar ………………………………………………………………………..

1. **Gegevens met betrekking tot de prestaties van de bediende**

Aanvangsdatum tewerkstelling door de arts……………………………………………………………………………………………………………….

Einddatum tewerkstelling door de arts ……………………………………………………………………………………………………………………….

Aantal volledige maanden van tewerkstelling……………..…………………………………………….…………………………………………….

Percentage werktijd voltijds equivalent…………………………………………………………………………………………………………….

Aantal gepresteerde uren per week…………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Gegevens met betrekking tot de globale loonkost**

Loonkost vermeld op het attest van het sociaal secretariaat (eur)…………………………..…………………….……………………………….

Loonkost vermeld op het attest van de werkgever (eur)..………………………………………………………………………………………….

Globale loonkost (som van de bovenstaande loonkosten) – eur ……………………………………………………………………………….

**14-ADMINISTRATIEF BEDIENDE 2**

1. **Identiteit van de bediende**

Naam………………………………………………………………………………………….Voornaam……………………………………………………………………….

Adres ………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………….

Tel.nr./GSM………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Geboortedatum : Dag……… Maand ………… jaar …………………………………………….…………………………………………….

Geboorteplaats………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Geslacht : ◊ M ◊ V

Nationaliteit………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Rijksregisternummer…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Identiteitskaart geldig tot: Dag……… Maand ………… jaar ………………………………………………………………………..

1. **Gegevens met betrekking tot de prestaties van de bediende**

Aanvangsdatum tewerkstelling door de arts……………………………………………………………………………………………………………….

Einddatum tewerkstelling door de arts ……………………………………………………………………………………………………………………….

Aantal volledige maanden van tewerkstelling……………..…………………………………………….…………………………………………….

Percentage werktijd voltijds equivalent……………………………………………………………………………………………………………….

Aantal gepresteerde uren per week…………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Gegevens met betrekking tot de globale loonkost**

Loonkost vermeld op het attest van het sociaal secretariaat (eur)…………………………..…………………….……………………………….

Loonkost vermeld op het attest van de werkgever (eur)..………………………………………………………………………………………….

Globale loonkost (som van de bovenstaande loonkosten) – eur ……………………………………………………………………………….

**15- ADMINISTRATIEF BEDIENDE 3**

1. **Identiteit van de bediende**

Naam………………………………………………………………………………………….Voornaam……………………………………………………………………….

Adres ………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………….

Tel.nr./GSM………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Geboortedatum : Dag……… Maand ………… jaar …………………………………………….…………………………………………….

Geboorteplaats………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Geslacht : ◊ M ◊ V

Nationaliteit………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Rijksregisternummer…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Identiteitskaart geldig tot: Dag……… Maand ………… jaar ………………………………………………………………………..

1. **Gegevens met betrekking tot de prestaties van de bediende**

Aanvangsdatum tewerkstelling door de arts……………………………………………………………………………………………………………….

Einddatum tewerkstelling door de arts ……………………………………………………………………………………………………………………….

Aantal volledige maanden van tewerkstelling……………..…………………………………………….…………………………………………….

Percentage werktijd voltijds equivalent……………………………………………………………………………………………………………….

Aantal gepresteerde uren per week…………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Gegevens met betrekking tot de globale loonkost**

Loonkost vermeld op het attest van het sociaal secretariaat (eur)…………………………..…………………….……………………………….

Loonkost vermeld op het attest van de werkgever (eur)..………………………………………………………………………………………….

Globale loonkost (som van de bovenstaande loonkosten) – eur ……………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| **AANVULLENDE GEGEVENS** |
| **16- Zijn de huisartsen die deel uitmaken van de groepering verbonden met het Brusselse Gezondheidsnetwerk ?**◊ Ja◊ Neen**17- Heeft elk huisart die deel uitmaakt van de groepering ten minste 1 sumehr gepubliceerd in de kluis van het Brusselse Gezondheidsnetwerk?** ◊ Ja◊ Neen |
| ***Indien een van de bovenstaande antwoorden negatief is, gelieve contact op te nemen met de vzw Abrumet via*** ***info@abrumet.be*** |

**18- Indien de aanvrager een medisch huis is, gelieve het totale aantal GMD forfaits dat werd beheerd door het medisch huis tijdens het jaar dat voorafgaat aan het jaar waarvoor de loonkosten werden gemaakt..……………………………**

|  |
| --- |
| **AAN DE AANVRAAG TOE TE VOEGEN DOCUMENTEN – VOOR DE ARTSEN** |
| **19- Gelieve onderstaande documenten aan de aanvraag toe te voegen voor alle artsen van de groepering en telkens de documenten aan te kruisen die werden toegevoegd. De documenten die tijdens de vorige aanvragen opgestuurd waren, hoeven niet meer verzonden te worden.** |

|  |
| --- |
| ◊ 1) Een **leesbare** kopie (recto-verso) van de geldige identiteitskaart van de verschillende artsen die deel uitmaken van de groepering. |
| ◊ Bewijs van erkenning als huisarts (RIZIV inschrijvingsnummer uitsluitend eindigend op 003 of 004) van de verschillende artsen die deel uitmaken van de groepering.◊ Bewijs van inschrijving in een huisartsenkring. |
| ◊ Indien de aanvrager **een rechtspersoon is, de statuten** waarin nader omschreven wordt wie de vennootschap mag verbinden.◊ **Eventuele wijzigingen** van de statuten van de vennootschap waar de arts zijn individuele praktijk uitoefent. |
| ◊ Kopie **van de geldige samenwerkingsovereenkomst** ondertekend door **alle artsen** die deel uitmaken van de groepering – indien van toepassing◊ Indien de aanvrager **een feitelijke vereniging is en de begunstigde van de betaling één enkele huisarts is of een deel van de huisartsen die deel uitmaken van de groepering, een verklaring** ondertekend door alle artsen van de groepering waarin vermeld wordt wie de begunstigde van de betaling is◊ Indien de aanvrager **een medisch huis is,** een door de verantwoordelijke van het medisch huis gedateerd en ondertekend document waarin het **totale aantal GMD/forfaits** dat werd beheerd door het medisch huis tijdens het jaar dat voorafgaat aan het jaar waarvoor de loonkosten werden gemaakt, wordt vermeld.◊ **Het inlichtingsfiche vermeld in bijlage 4.** Om in te vullen indien het een eerste IMPULSEO-aanvraag betreft. |

|  |
| --- |
| **AAN DE AANVRAAG TOE TE VOEGEN DOCUMENTEN – VOOR DE ADMINISTRATIEF BEDIENDE(N)** |
| 1. **Gelieve onderstaande documenten toe te voegen voor alle artsen van de groepering en telkens de documenten aan te kruisen die werden toegevoegd**

◊ 1) Een **leesbare** kopie (recto-verso) van de geldige identiteitskaart van elke administratief bediende. |
| ◊ Een kopie van de arbeidsovereenkomst afgesloten met elke administratief bediende, met daarin een omschrijving van de taken van de werknemer die te maken hebben met onthaal en praktijkbeheer. Deze overeenkomst **moet ondertekend zijn door de administratief bediende en de vertegenwoordiger van de vennootschap waarin de groepering haar praktijk uitoefent of door de administratief bediende en alle artsen indien het een feitelijke vereniging betreft.** ◊ Een e**ventueel aanhangsel bij de arbeidsovereenkomst** ondertekend door de administratief bediende en de vertegenwoordiger van de vennootschap waarin de groepering haar praktijk uitoefent of door de administratief bediende en alle artsen indien het een feitelijke vereniging betreft. |
| ◊ **Attest van het sociaal secretariaat** met bevestiging van het barema (ten minste in overeenstemming met het barema vastgesteld door het paritair comité bevoegd voor de tewerkstelling van een bediende die belast is met het onthaal en het praktijkbeheer in een huisartspraktijk), het jaar waarin de bediende de vergoeding heeft ontvangen, het percentage werktijd voltijds equivalent en het jaarloon. ***Opgelet het percentage werktijd voltijds equivalent op het attest van het sociaal secretariaat moet overeenstemmen met datgene vermeld in de arbeidsovereenkomst (of de aanhangsels ervan) van de bediende(n)!***  |
| ◊ **Attest van de werkgever** ondertekend door de vertegenwoordiger van de vennootschap waarin de groepering haar praktijk uitoefent of alle artsen indien het een feitelijke vereniging betreft, dat betrekking heeft op de administratieve kosten van de verzekering voor arbeidsongevallen verminderd met elke mogelijke tegemoetkoming van gelijk welke overheid.  |

|  |
| --- |
| **VERKLARING** |

1. **Gelieve (hieronder) de aanvraag voor een tegemoetkoming te dateren en te ondertekenen**

Door dit formulier te ondertekenen bevestigt de aanvrager de volgende punten in acht te zullen nemen:

1. De aanvrager bevestigt dat de verklaringen en alle documenten voorgelegd voor het onderzoek van de aanvraag echt en juist zijn en verbindt zich ertoe de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie onmiddellijk in kennis te stellen van elke wijziging die zich zou voordoen in de elementen vermeld in deze aanvraag. Elke valse verklaring geeft de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie het recht om het onderzoek van het dossier stop te zetten en de opgelopen kosten te vorderen.
2. De aanvrager verklaart dat de loonkosten waarvoor de tegemoetkoming wordt gevraagd betrekking hebben op een werknemer die is tewerkgesteld met een arbeidsovereenkomst die een loon garandeert dat ten minste in overeenstemming is met het barema vastgesteld door het paritair comité bevoegd voor de tewerkstelling van een bediende die belast is met het onthaal en het praktijkbeheer in een huisartspraktijk.
3. De aanvrager bevestigt dat de artsen die deel uitmaken van de groepering een samenwerkingsakkoord afgesloten hebben om samen te werken, hetzij op dezelfde installatieplaats, hetzij op verschillende installatieplaatsen die zich in dezelfde huisartsenzone of in twee aan elkaar grenzende huisartsenzones bevinden.
4. Het bovenvermeld samenwerkingsakkoord moet minstens de volgende modaliteiten regelen:
5. De manier waarop het bedrag van de tegemoetkoming wordt verdeeld;
6. De modaliteiten van intern overleg tussen alle deelnemende huisartsen: dit overleg vindt op regelmatige en gestructureerde basis plaats om een interne evaluatie van de medische kwaliteit mogelijk te maken;
7. De modaliteiten voor het raadplegen van de medische dossiers, in het bijzonder de globale medische dossiers, rekening houdend met de deontologie en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer;
8. De regels volgens dewelke beslissingen genomen worden;
9. De regels volgens dewelke het samenwerkingsakkoord kan beëindigd worden.
10. De aanvrager verklaart gebruik te maken van het gelabeld elektronisch medisch dossier.

|  |
| --- |
| **HANDTEKENING** |

De onderhavige aanvraag moet ondertekend worden, voor een **feitelijke vereniging**, door elke huisarts die deel uitmaakt van de groepering of, **ingeval van een rechtspersoon**, door **een persoon die gemachtigd is om de vennootschap geldig te verbinden** overeenkomstig de statuten.

1. **Rechtspersoon**

**Persoon die gemachtigd is om de vennootschap te verbinden overeenkomstig de statuten:**

Naam :…………………………………………………………………………………… Voornaam:……………………………………………………………………..

Gedaan te…………………………………………………………………………………………….. Op :…………………………………………………………………

De Handtekening moet voorafgegaan worden door de geschreven vermelding "gelezen en goedgekeurd"

1. **Feitelijke vereniging**

**Huisarts 1:**

Naam:…………………………………………………………………………………… Voornaam:……………………………………………………………………..

Gedaan te…………………………………………………………………………………………….. Op:…………………………………………………………………

De Handtekening moet voorafgegaan worden door de geschreven vermelding "gelezen en goedgekeurd"

**Huisarts 2:**

Naam:…………………………………………………………………………………… Voornaam:……………………………………………………………………..

Gedaan te:……………………………………………………………………………………….. Op:…………………………………………………………………

De Handtekening moet voorafgegaan worden door de geschreven vermelding "gelezen en goedgekeurd"

**Huisarts 3:**

Naam :…………………………………………………………………………………… Voornaam:……………………………………………………………………..

Gedaan te:………………………………………………………………………………………….. Op:…………………………………………………………………

De Handtekening moet voorafgegaan worden door de geschreven vermelding "gelezen en goedgekeurd"

Ingeval er meer dan 3 huisartsen zijn: de bijlage 3 invullen