



**MEDISCHE VERKLARING MET HET OOG OP DE TOEKENNING VAN EEN BIJZONDERE GEZINSBIJSLAG OF EEN
VERHOOGDE GEZINSBIJSLAG VOOR GEHANDICAPTE KINDEREN**

V. 1408/71: art. 73; art. 74
V. 574/72: art. 86; art. 88

A. Verzoek om een verklaring

In te vullen door het orgaan bevoegd voor de toekenning van de gezinsbijslagen.

1.	<input type="checkbox"/> Werknemer	<input type="checkbox"/> Zelfstandige		
1.1.	Naam ^(1 bis)			
1.2.	Voornamen	Vroeger gevoerde namen ^(1 bis)	Geboorteplaats ^(1 ter)	
1.3.	Geboortedatum	Geslacht	Nationaliteit	Identificatie- of verzekeringsnummer ^(1 quater)
1.4.	Adres ⁽²⁾			

2.	Kind waarop de verklaring betrekking heeft			
2.1.	Naam ^(1 bis)			
2.2.	Voornamen			
2.3.	Geboorteplaats ^(1 ter)	Geboortedatum	Geslacht	Identificatie- of verzekeringsnummer ^(1 quater)
2.4.	Adres ⁽²⁾			

3.	Orgaan bevoegd voor de toekenning van de gezinsbijslagen		
3.1.	Naam		
3.2.	Adres ⁽²⁾		
3.3.	Dossiernummer		
3.4.	Stempel	3.5. Datum	
			3.6. Handtekening

B. Verklaring

In te vullen door de geneesheer, aangewezen door het orgaan van de woonplaats van het onderzochte kind, en te richten aan het in rubriek 3 vermelde orgaan onder toevoeging van alle nuttige recente medische bewijsstukken (foto's, radiografieën, resultaten van medische onderzoeken, enz.) (4).

4.					
4.1.	Leeftijd van het kind op het tijdstip van het onderzoek		jaar	maanden	
	Gewicht	kilo	gram	lengte	centimeter
4.2.	Motorische achterstand				
	Achterstand in verhouding tot de feitelijke leeftijd		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	
	Zo ja, welke				
4.3.	Autonomie				
	Zit het kind?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	Loopt het kind?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
	Spreekt het kind?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	Kleedt het zichzelf aan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
	Eet het alleen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	Kan het kind schrijven?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen ⁽³⁾
				Is het zindelijk?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen ⁽³⁾
4.4.	Hulp				
	Vereist de toestand van het kind hulp door een derde?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen	
	Voortdurend?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Dagelijks maar niet voortdurend?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
	Of andere maatregelen (nader aangeven)				
4.5.	Aard van de belangrijkste handicap				
	Is de handicap van het kind				
	van zintuiglijke aard	gezichtsvermogen?	
		gehoor?	
	van motorische aard			
	van verstandelijke aard	verstandelijk niveau	
		gedrag	
	andere				
4.6.	Oorzaak van de handicap ⁽³⁾				
	— aangeboren afwijking	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen		
	— ziekte	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen		
	datum van de aanvang van de handicap:				
	datum van de diagnose	maand	jaar	
	aanvang van de behandeling	maand	jaar	
	— ongeval	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen		
	datum van het ongeval				
4.7.	Met de handicap samenhangende afwijkingen				
	Welke?				
	Andere gebreken				
4.8.	Aanvullende opmerkingen				
	Handicaps in de familie				
	Reeds verrichte aanvullende onderzoeken				
	(Eventuele kopieën van de onderzoeksresultaten bijvoegen)				

4.9. Behandeling, met inbegrip van herscholing, revalidatie en therapieën. Welke behandeling ondergaat het kind?

.....
Sinds wanneer?

Wat zijn de aanbevolen behandelingen?

— Chirurgie

— Ziekenhuisopnamen (de afgelopen drie jaar)

— Thuisbehandeling (medicamenten, ...) sedert/...../.....

..... sedert/...../.....

..... sedert/...../.....

— Revalidatie Aanvang Frequentie Waar?

Logopedie

Fysiotherapie

Bezigheidstherapie

(Psycho)therapie

eerste hulp thuis

4.10. Opvoedings- en opleidingsmaatregelen

Welke maatregelen zijn er getroffen?

.....
Sedert wanneer?

Wat zijn de aanbevolen maatregelen?

4.11. Prognose van de ontwikkeling

Geef een nadere omschrijving

.....

4.12. ICD-ziektecode (ICD = International Classification of Diseases — WGO)

4.13. Aanvang van de ziekte

4.14. Datum van de volgende controle

5.

5.1. Naam en voornaam van de geneesheer

5.2. Adres (²)

.....

5.3. Datum

.....

5.4. Handtekening

.....

AANWIJZINGEN

Dit formulier moet in blokletters worden ingevuld. Niet buiten de stippellijnen invullen. Het formulier bestaat uit 4 pagina's en moet steeds compleet zijn ook wanneer een bladzijde niet is ingevuld. Het formulier moet worden ingevuld in de taal van de geneesheer die de verklaring opstelt.

OPMERKINGEN

- (¹) Initiaal van het land waar het formulier wordt ingevuld: BE = België; CZ = Tsjechische Republiek; DK = Denemarken; DE = Duitsland; EE = Estland; GR = Griekenland; ES = Spanje; FR = Frankrijk; IE = Ierland; IT = Italië; CY = Cyprus; LV = Letland; LT = Litouwen; LU = Luxemburg; HU = Hongarije; MT = Malta; NL = Nederland; AT = Oostenrijk; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenië; SK = Slowakije; FI = Finland; SE = Zweden; UK = Verenigd Koninkrijk; IS = IJsland; LI = Liechtenstein; NO = Noorwegen; CH = Zwitserland.
- (^{1 bis}) Voor Spaanse onderdanen de twee geboortenamen vermelden.
Voor Portugese onderdanen alle namen (voornamen, naam, meisjesnaam) in de volgorde van de burgerlijke stand vermelden, zoals deze voorkomen op de identiteitskaart of het paspoort.
- (^{1 ter}) Voor Portugese districten ook de parochie en de plaatselijke autoriteit vermelden.
- (^{1 quater}) Wanneer een formulier bestemd is voor een Tsjechisch orgaan, het Tsjechische geboortenummer vermelden; voor een Cypriotisch orgaan, als het een Cypriotisch staatsburger betreft, het Cypriotische identificatienummer vermelden, zo niet, het nummer van het registratiebewijs voor buitenlanders (ARC); voor een Deens orgaan het CPR-nummer; voor een Fins orgaan het nummer van het Finse bevolkingsregister; voor een Zweeds orgaan het Zweedse persoonsnummer (personnummer); voor een IJslands orgaan het IJslandse identificatienummer (kennitala); voor een Lets orgaan het identiteitsnummer; voor een Liechtensteins orgaan het verzekeringsnummer bij de AHV; voor een Litouws orgaan het persoonlijke identificatienummer; voor een Hongaars orgaan het TAJ-nummer (socialezekerheidsidentificatie); voor een Maltees orgaan, in het geval van Maltese staatsburgers, het nummer van de identiteitskaart, voor andere personen het Maltese socialezekerheidsnummer; voor een Noors orgaan het persoonlijke identificatienummer (fødselsnummer); voor een Belgisch orgaan het inschrijvingsnummer bij de sociale zekerheid (INSZ); voor een Duits orgaan van het algemeen stelsel van de sociale zekerheid, het verzekeringsnummer (VSNR); voor een Spaans orgaan het nummer van de nationale identiteitskaart (DNI), of N.I.E voor buitenlanders, ook wanneer deze kaart niet meer geldig is; voor een Pools orgaan het PESEL- en NIP-nummer; voor een Portugees orgaan moet ook het inschrijvingsnummer bij het algemeen pensioenstelsel worden vermeld indien de betrokkene aangesloten was bij het socialezekerheidsstelsel voor ambtenaren in Portugal; voor een Slowaaks orgaan het geboortenummer; voor een Sloveens orgaan het persoonlijk identificatienummer (EMŠO); voor een Zwitsers orgaan het verzekeringsnummer bij de AVS/AI (AHV/IV). Bij ontbreken van de identiteitskaart of verzekering „geen” vermelden.
- (²) Straat, huisnummer, postcode, plaats, land.
- (³) Uitsluitend in te vullen indien een Belgisch orgaan bevoegd is voor de verlening van de gezinsbijslagen.
- (⁴) In Slovenië wordt de verklaring ingevuld door een medische commissie, aangewezen door de minister van Werk, Gezin en Sociale Zaken.