Verklaring op erewoord voor de verlenging van de erkenning als mantelzorger voor een sociaal recht[1]

helan

Onafhankelijk ziekenfonds

Hoe verleng je je erkenning als mantelzorger?
Vul onderstaand formulier in en bezorg het ons zo snel mogelijk terug:

Ditigaal: Laad een leesbare foto of scan op via www.helan.be/erkenning-mantelzorger

Of per post: Helan Onafhankelijk ziekenfonds, Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk

DEEL I: Identificatiegegevens

	Mantelzorger	**Geholpen persoon**
Naam en voornaam:		
Rijksregisternummer:		
Ziekenfonds(nummer):	526	
Inschrijvingsnummer:		
Adres: (of kleefzegel van uw ziekenfonds)		
E-mailadres:		

DEEL II: Ondertekening

We verklaren dat er reeds een erkenning als mantelzorger bestaat voor een sociaal recht, en wensen die te verlengen.

Door dit formulier te ondertekenen verklaren we allebei dat nog steeds voldaan is aan de voorwaarden voor de erkenning als mantelzorger voor een sociaal recht.

Ik weet dat een onjuiste of onvolledige verklaring of het nalaten van een verplichte verklaring af te leggen of de inlichtingen te verstrekken waartoe ik gehouden ben aanleiding kan geven tot boetes, een administratieve sanctie of gerechtelijke vervolging, onverminderd eventuele terugvorderingen in overeenstemming met de artikelen 230 tot en met 236 van het Sociaal Strafwetboek en verbind mij ertoe elke wijziging door te geven aan mijn ziekenfonds.

Mantelzorger

☐ *"Ik aanvaard, door dit vakje aan te vinken, dat het ziekenfonds van de persoon voor wie ik hulp en ondersteuning bied, contact kan opnemen met mijn ziekenfonds om informatie uit te wisselen die nodig is om dit verzoek te verwerken".*
(aan te vinken door de mantelzorger)

Ik verklaar dat ik deze aanvraag correct en volledig heb ingevuld. Indien mijn situatie verandert, verklaar ik om onmiddellijk het ziekenfonds op de hoogte te stellen.

Ondertekeningsdatum: ..... / ..... / .....

Ondertekening door de mantelzorger of zijn/haar wettelijke vertegenwoordiger:

Geholpen persoon

☐ *"Ik aanvaard, door dit vakje aan te vinken, dat het ziekenfonds van de persoon die mij helpt of ondersteunt, contact kan opnemen met mijn ziekenfonds om informatie uit te wisselen die nodig is om dit verzoek te verwerken".*
(aan te vinken door de geholpen persoon)

Ik verklaar dat ik deze aanvraag correct en volledig heb ingevuld. Indien mijn situatie verandert, verklaar ik om onmiddellijk het ziekenfonds op de hoogte te stellen.

Ondertekeningsdatum: ..... / ..... / .....

Ondertekening door de geholpen persoon of zijn/haar wettelijke vertegenwoordiger:

[1] *Wet van 12 mei 2014*

De verzekeringsinstellingen verzamelen en verwerken de persoonlijke gegevens. Dit doen we om onze taak als ziekenfonds te kunnen uitvoeren, om uw dossier te beheren en om u te informeren over onze diensten en activiteiten in het kader van de reglementering betreffende de erkenning van de mantelzorger en de toekenning van sociale rechten. U heeft het recht om te weten welke gegevens wij verwerken, om correctie of verwijdering gevens te vragen, om bezwaar te maken tegen geautomatiseerde beslissingen. Stuur uw verzoek naar onze functionaris voor escherming op ons postadres of via ons formulier op de site: www.helan.be/gdpr

A526ST0131000000000000000000000000A