

**AANVRAAG GEMEENTELIJKE TOELAGE WEGENS INCONTINENTIE  
OF ANDERE MEDISCHE REDENEN - DIENSTJAAR 2025**

IN TE VULLEN DOOR DE AANVRAGER :

**Uw gegevens**

Naam ..... Voornaam .....

Adres ..... Huisnummer ..... Bus .....

Telefoon of GSM nummer .....

Email .....

Rijksregisternummer (alleen in te vullen als u zelf gezinshoofd bent - het rijksregisternummer vindt u op de achterzijde van uw elektronische identiteitskaart)

.....

**Gegevens van uw gezinshoofd**

Indien u zelf geen gezinshoofd bent, vermeld dan hier de gegevens van het gezinshoofd. Bent u zelf gezinshoofd, dan moet u hier niets invullen.

Naam ..... Voornaam .....

Rijksregisternummer .....

**Aankruisen welk formulier voor u van toepassing is :**

- Beslissing van het ziekenfonds : incontinentieforfait voor zwaar zorgbehoevende personen (RIZIV) (attest bij de aanvraag voegen)
- Beslissing van het Vlaams Agentschap voor Personen met een handicap (VAPH) inzake incontinentieforfait (attest bij de aanvraag voegen)
- Attest van behandelende arts - zie invulmodel op keerzijde

Bij goedkeuring van de aanvraag stort de gemeente de toelage, geheel of gedeeltelijk, in het begin van 2026 op de diftar-rekening van de referentiepersoon van het gezin. Het volledige toelagereglement is te vinden op [www.nijlen.be](http://www.nijlen.be) of wordt op eenvoudige vraag bezorgd.

**Handtekening:**

Bezorg deze aanvraag, samen met de nodige attesten, tot uiterlijk 31 december 2025 aan :  
Onthaal, Kerkstraat 4 te 2560 Nijlen  
Tel. 03/410 02 11  
Mail : [chris.daems@nijlen.be](mailto:chris.daems@nijlen.be) en/of [tinne.moons@nijlen.be](mailto:tinne.moons@nijlen.be)



**AANVRAAG GEMEENTELIJKE TOELAGE WEGENS INCONTINENTIE  
OF ANDERE MEDISCHE REDENEN - DIENSTJAAR 2025**

**LUIK IN TE VULLEN DOOR UW ARTS**

(alleen in te vullen als u geen attest van het ziekenfonds of van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap kan voorleggen)

**GEGEVENS BEHANDELENDE ARTS :**

Naam en voornaam .....

RIZIV-nummer .....

**VERKLARING OP EREWOORD**

Verklaart hierbij dat bovenvermelde persoon .....

Voldoet aan de medische voorwaarden met een score 3 of 4, voor het criterium incontinentie, van het afhankelijkheidsrooster vastgelegd in het KB van 2 juni 1988 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor incontinentiemateriaal<sup>1</sup> en dit:

- o Voor onbeperkte tijd
- o Voor de periode ...../...../..... tot ...../...../..... (minimum 1 jaar ononderbroken)

Verklaart hierbij dat bovenvermelde persoon omwille van medische redenen, anders dan incontinentie (bijvoorbeeld nierdialyse aan huis, stomapatiënt, huidziekte met blaarvorming en loslating opperhuid,...) extra verzorgingsmateriaal gebruikt en dit:

- o Voor onbeperkte tijd
- o Voor de periode ...../...../..... tot ...../...../..... (minimum 1 jaar ononderbroken)

**Handtekening en datum  
Geneesheer**

Stempel
---------

<sup>1</sup> KB van 2 juni 1998 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor het incontinentiemateriaal, bedoeld in artikel 34, 14<sup>e</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juni 1994.

	<i>Score 1</i>	<i>Score 2</i>	<i>Score 3</i>	<i>Score 4</i>
Continentie	Is continent voor urine en feces	Is accidenteel incontinent voor urine of feces (inclusief blaassonde of kunstaars)	Is incontinent voor urine (inclusief mictietraining)	Is incontinent voor urine en feces.