**Aanmeldingsformulier**

*Dit formulier is bedoeld voor VDAB. Op dit formulier vult u een aantal gegevens over uzelf in (uw naam, adres, telefoonnummer, …). Ook de adviserend arts vult gegevens over u in. Wij dragen zorg voor deze gegevens en gaan er correct mee om.* ***Gelieve het formulier zo volledig mogelijk in te vullen. Alle verplichte velden worden aangeduid met een ster - \*, zonder deze informatie is het formulier niet geldig.***

*VDAB geeft de gegevens ook door aan haar partners (de organisaties die met VDAB samenwerken). Dat gebeurt met de bedoeling u te ondersteunen in uw stappen naar werk.*

*Alle medewerkers die met uw gegevens werken, houden zich aan het zorgvuldigheidsprincipe. Dat betekent dat ze nauwkeurig omspringen met uw gegevens: medewerkers geven ze niet zomaar door en ze gebruiken uw gegevens niet voor andere doeleinden. Het zijn immers vertrouwelijke en persoonlijke gegevens.*

**Contacteer de servicelijn van VDAB (0800 30 700) om een eerste afspraak te maken bij een bemiddelaar.**

|  |
| --- |
| **Identificatiegegevens** |
| Naam\* |  |
| INSZ\* |  |
| Wonende te |  |
| Telefoon |  |
| E-mail |  |
| Ziekenfonds\* | C00Z \_ \_ \_ |
| Begindatum arbeidsongeschiktheid\* |  |

**Akkoord**

|  |
| --- |
| Ik ga akkoord dat de noodzakelijke en relevante (ook medische/psychische/psychologische) informatie tussen VDAB, partners VDAB, ziekenfonds en het RIZIV wordt uitgewisseld met het oog op mijn socioprofessionele re-integratie.**Bescherming van de persoonlijke levenssfeer**Het ziekenfonds vraagt deze gegevens voor de toepassing van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.De sociaal verzekerde :* heeft recht op inzage en verbetering van zijn persoonsgegevens (in toepassing van de regelgeving inzake de verwerking van persoonsgegevens). Als hij daarvan gebruik wil maken, moet hij zijn ziekenfonds schriftelijk contacteren.
* kan meer info over de verwerking van de gegevens krijgen bij de Gegevensbeschermingsautoriteit: <https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be>
 |
| Handtekening\*: |  |

**Vraagstelling**

|  |
| --- |
|  |

**Contactgegevens (naam, telefoonnummer en e-mailadres)**

|  |  |
| --- | --- |
| VDAB of partners\* |  |
| Contactpersoon mutualiteit / TNW-coördinator\* |  |
| ZiekenfondsAdviserend arts\* |  |

**Medische inschatting door adviserend arts:**

* Naam **adviserend arts:** ………………………………………………………………...
* Specialisatie : ………………………………………………………………...................

De aanvrager/bovengenoemde klant heeft (kruis aan wat van toepassing is)

**☐ *geen beperking*** op de arbeidsmarkt omwille van medische/psychische/psychologische reden

**☐ *wel een beperking*** op de arbeidsmarkt omwille van medische/psychische/psychologische reden

Indien een beperking vul dan onderstaande rubrieken verder aan :

* Vul (indien mogelijk) de juiste code in aan de hand van de lijst “problematieken voor indicatie van een arbeidshandicap en toekenning recht op BTOM (bijzondere tewerkstellingsondersteunende maatregelen) zie volgende link.<https://extranet.vdab.be/codelijst-arbeidshandicap>

Er kunnen meerdere codes vermeld worden.

**Code:       , *bv. H 906***

**Gediagnosticeerd door:** ……………...………………………………………...

 (discipline en naam arts-specialist vermelden)

* Beschrijf de problematiek die zich stelt bij het uitvoeren van de job :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Voor vragen kan u contact opnemen met de servicelijn op het gratis nummer 0800/30 700 of bij de Team TOM (tewerkstellingsondersteunende maatregelen) van uw regio. Deze contactgegevens zijn terug te vinden op <https://www.vdab.be/experts-arbeidsbeperking>.

|  |
| --- |
| Datum\* Handtekening en stempel adviserend arts\* |