|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Attest van het sociaal secretariaat voor een praktijkondersteuner en/of praktijkverpleegkundige | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ELGEZ-V1 |
|  | ///////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg**  http://www.zorg-en-gezondheid.be/financiële-ondersteuning-voor-huisartsen  **Ondersteuning huisartsen**  p/a PMV-Standaardleningen  Oude Graanmarkt 63, 1000 BRUSSEL  **T** 02 229 52 30 ‒ praktijkondersteuning@pmv.eu  ****Waarvoor dient dit formulier?****  **Dit formulier dient ter ondersteuning van de aanvraag voor het verkrijgen van een tegemoetkoming in een deel van de loonkosten voor een praktijkondersteuner en/of praktijkverpleegkundige.**  **Als het percentage werktijd van de bediende in de loop van het jaar verandert, moet u voor elke periode, een apart formulier invullen.**  ****Wie vult dit formulier in?****  **Dit formulier wordt ingevuld door een bediende van het sociaal secretariaat van de huisarts.**  ****Aan wie bezorgt u dit formulier?****  ***Bezorg dit ondertekende attest als bijlage bij de digitale aanvraag van de tegemoetkoming***  ***aan uw Steunpunt per post ASGB-Prins Boudewijnlaan 1 te 2550 Kontich of per mail*** [***info@asgb.be***](mailto:info@asgb.be) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Gegevens van het sociaal secretariaat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ****1**** | Vul de naam van het sociaal secretariaat in. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Kruis hieronder aan of het sociaal secretariaat in opdracht werkt van een individuele huisarts of een groepspraktijk. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | een individuele arts. Ga naar vraag 3. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | een groepspraktijk. *Ga naar vraag 4.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Gegevens van de individuele huisarts | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ****3**** | **Vul de voor- en achternaam van de huisarts in.**  Ga daarna naar vraag 6. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | voornaam | |  | | | | | | | | | | | | | | achternaam | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Gegevens van de groepspraktijk | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ****4**** | **Vul de naam van de groepspraktijk in.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ****5**** | **Vul de voor- en achternaam van de contactpersoon in.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | voornaam | |  | | | | | | | | | | | | | | achternaam | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Gegevens van de bediende | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ****6**** | **Vul de voor- en achternaam van de administratief bediende in.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | voornaam | |  | | | | | | | | | | | | | | achternaam | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ****7**** | **Vul de tewerkstellingsgegevens van de bediende in. LOONKOST 2023**  **Bij ‘tewerkstellingsperiode’ vult u het aantal volledige maanden van tewerkstelling in het jaar van tewerkstelling waarvoor de tegemoetkoming aangevraagd wordt.**  **Bij ‘percentage werktijd’ vult u het percentage in dat opgenomen is in het arbeidscontract of in het bijvoegsel bij het arbeidscontract.**  **Bij loonkost vult u de begin- en einddatum in voor het jaar van tewerkstelling waarvoor de tegemoetkoming aangevraagd wordt.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | begindatum contract | | | | dag | |  | | | maand | |  | | | jaar | | |  | | |  | | | |
|  | einddatum contract | | | | dag | |  | | | maand | |  | | | jaar | | |  | | | (enkel invullen als het contract effectief is beëindigd in 2023) | | | |
|  | tewerkstellingsperiode | | | |  | | | | volledige maanden in het jaar waarvoor de tegemoetkoming wordt aangevraagd | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | percentage werktijd | | | |  | | | | % | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | aantal uren per week | | | |  | | | | uren per week | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | begindatum loonkost | | | | dag | |  | | | maand | |  | | | jaar | | |  | | |  | | | |
|  | einddatum loonkost | | | | dag | |  | | | maand | |  | | | jaar | | |  | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ****8**** | **Vul onderstaande tabel in:**  Extralegale voordelen zoals maaltijdcheques dienen niet te worden meegeteld in de brutoloonkost. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | RSZ bijdrage werkgever | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | euro | | | | |
|  | Brutoloon | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | euro | | | | |
|  | Vakantiegeld | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | euro | | | | |
|  | Administratiekomsten sociaal secretariaat | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | euro | | | | |
|  | Andere | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | euro | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | **totaal kosten** | | | | | | | |  | |  | | | | | | **euro** | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Ondertekening | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Ik bevestig dat alle gegevens in dit attest naar waarheid zijn ingevuld. Ik verbind me ertoe eventuele wijzigingen van de vermelde gegevens onmiddellijk aan praktijkondersteuning@pmv.eu door te geven. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | datum | | | | | dag | |  | | | maand | |  | | | jaar | | |  | |  | | | |
|  | handtekening | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | voor- en achternaam | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | *Stempel sociaal secretariaat (verplicht)* |