Alleen inwoners van de stad Antwerpen en de districten kunnen een aanvraag indienen.

Personen met een handicap:

vullen enkel de voorzijde van dit formulier in,

ondertekenen dit formulier.

65-plussers:

vullen de voorzijde van dit formulier in,

laten de achterzijde van dit formulier invullen door een arts,

kleven een kleefbriefje van de mutualiteit op de achterzijde van dit formulier,

ondertekenen dit formulier.

A. Gegevens van de aanvrager

**Naam en voornaam:** ………………………………………………………………………………………

**Straat:** ………………………………………………………………………………………………………..

**Huisnummer (+ busnummer):** …………………………………………………………………………..

**Postcode (+ district):** ……………………………………………………………………………………..

**Telefoonnummer:** …………………………………………………………………………………………

**E-mailadres:** ……………………………………………………………………………………………...

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | - |  |  |  | - |  |  |  |

**Rijksregisternummer:**

**Voor personen met een handicap**
Ik verklaar dat ik beschik over een attest van de Federale Overheidsdienst (FOD) Sociale Zaken met vermelding van *(één van beide mogelijkheden aanvinken)*:

of een invaliditeitspercentage van minstens 80% (of minstens 12 punten met betrekking tot vermindering van zelfredzaamheid)

of een invaliditeitspercentage van minstens 50% van de onderste ledematen

Of ik verklaar dat ik een zorgtoeslag ontvang voor een kind met een specifieke ondersteuningsbehoefte waarbij uit de medisch-sociale schaal blijkt:

* dat er een score is van minstens 2 punten op pijler 1.

**Voor 65-plussers**

* Ik heb het medisch attest op de keerzijde van dit formulier laten invullen door een arts.
* Ik heb een kleefbriefje van mijn mutualiteit op de keerzijde van dit formulier gekleefd als bewijs dat ik recht heb op de verhoogde tegemoetkoming.

B. Ondertekening

Datum Handtekening

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

C. Attest verminderde mobiliteit (in te vullen door een arts)

**Naam en voornaam arts:** …………………………………………………………………………………

**Verklaart dat:** ………………………………………………………… (naam en voornaam aanvrager)

Een score van 2 of hoger haalt op de KATZ-schaal voor het criterium
'Transfer en verplaatsingen' zoals omschreven in de ‘Richtlijnen bij het gebruik van de evaluatieschaal’ door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en van toepassing vanaf 1 april 2011; wat het hem/haar definitief onmogelijk maakt om zich zonder hulp(middelen) zelfstandig te verplaatsen.

* Een medische ingreep heeft ondergaan die het hem/haar tijdelijk onmogelijk maakt om zelfstandig gebruik te maken van het openbaar vervoer en dit voor de revalidatieperiode die loopt van ………….………………….….…... tot ………………………..........................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Handtekening arts | RIZIV-nummer arts |
|  |  |  |

D. Bewijs verhoogde tegemoetkoming

Kleef hier een kleefbriefje van uw mutualiteit.

Het recht op verhoogde tegemoetkoming wordt

toegekend door uw mutualiteit. U heeft er recht

op wanneer het derde cijfer van de code

xx1/xxx op uw kleefbriefje het cijfer 1 is.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Stuur** dit formulier naar:stad Antwerpen - SD/TaxichequesGrote Markt 12000 AntwerpenOf **e-mail** dit formulier naartaxicheques@antwerpen.be Of **geef** dit formulier **af** in een sociaal centrum. U krijgt een ontvangstbevestiging.De stad onderzoekt uw aanvraag. U krijgt een brief met het antwoord van de stad. | In te vullen door het sociaal centrum:Naam en voornaam:………………………………………………………Sociaal centrum: ………………………………………..Verklaart een ingevuld en ondertekend aanvraagformulier in ontvangst te hebben genomen.Bevestigt een afgestempelde kopie ervan aan de aanvrager te hebben overhandigd. |
| Datum | Stempel |

 |  |