259-1.1/2109

BON DE COMMANDE
pour une aide à la mobilité et/ou des adaptations

A compléter et à signer par la personne ayant besoin de soutien.

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE AYANT BESOIN DE SOUTIEN

Apposer une vignette de la mutuelle	
Personne de contact de la personne ayant besoin de soutien : Nom/téléphone/adresse courriel	

Si la personne ayant besoin de soutien réside dans un centre de repos et de soins pour personnes âgées :

Nom du centre de repos et de soins pour personnes âgées	
Adresse	

IDENTIFICATION DU DISPENSATEUR DE SOINS :

Nom du dispensateur agrée	
Numéro d'agrément (INAMI) du dispensateur agréé	
Nom de l'entreprise	
Adresse de l'entreprise	
Téléphone/Courriel de la personne de contact	

Vennbahnstraße 4/4
B-4780 St. Vith

www.selbstbestimmt.be

0800 900 11 (kostenlos)
+32 (0)80 229 111 (Ausland)

Montag bis Freitag
08:30 – 12:00 Uhr
13:00 – 16:30 Uhr

Möchten Sie dieses Schreiben in Leichter Sprache, Brailleschrift oder Großschrift erhalten, kontaktieren Sie uns bitte.

A compléter et à signer par la personne ayant besoin de soutien.
Veuillez cocher oui pour les adaptations souhaitées et non pour les adaptations non souhaitées.

N°	**Prestations de base et adaptations**	**Prix**	**Participation du DSL**	**Participation financière-personnelle**	**oui**	**non**
		€	€	€		
		€	€	€		
		€	€	€		
		€	€	€		
		€	€	€		
		€	€	€		
		€	€	€		
		€	€	€		
		€	€	€		
		€	€	€		
TOTAL		€	€	€		

Je, …… (Nom prénom), soussigné(e), certifie que j'ai reçu des informations utiles concernant

- l'aide à la mobilité et son utilisation,
- les adaptations possibles,
- la participation financière du DSL,
- ma participation financière personnelle.

Je commande cette aide à la mobilité et je donne mon accord pour tous les points susmentionnés.

Date :

Signature de la personne ayant besoin de soutien : _____

DSL = Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben (Office pour une vie autodéterminée)