

## Verklaring over het laattijdig vervolledigen van een dossier door overmacht

### Waarvoor dient dit formulier?

Met dit formulier verklaart u als multidisciplinair team aan het VAPH waarom de gegevens voor een bepaald dossier niet binnen de gestelde termijn kunnen worden ingediend.

### Dossiergegevens

#### 1 Vul hieronder de gegevens in van de persoon met een handicap van wie de dossiergegevens niet vervolledigd kunnen worden.

officiële voornamen \_\_\_\_\_  
achternaam \_\_\_\_\_  
dossiernummer \_\_\_\_\_

#### 2 Kruis hieronder de gegevens aan die niet binnen de gestelde termijn ingediend kunnen worden.

- een multidisciplinair verslag (A002)
- aanvullingen of verbeteringen bij een multidisciplinair verslag
- een adviesrapport
- andere gegevens. **Geef hieronder een omschrijving van die andere gegevens.**

\_\_\_\_\_

#### 3 Om welke reden wordt overmacht ingeroepen?

- De betrokkene kan de nodige medewerking niet verlenen wegens zware ziekte, ziekenhuisopname enzovoort. **Geef hieronder een korte omschrijving van de situatie.**

\_\_\_\_\_

- Medische gegevens die nodig zijn om het verslag te vervolledigen, laten op zich wachten. **Geef hieronder een korte omschrijving van de aard van de ontbrekende gegevens.**

\_\_\_\_\_

- Mijn team heeft ernstige problemen om de verslagen tijdig aan te leveren, ingevolge de maatregelen die zijn genomen ter bestrijding van COVID-19. **Omschrijf de concrete situatie en motiveer omstandig waarom in het concrete dossier de maatregelen ter bestrijding van COVID-19 ertoe geleid hebben dat de aanvraag niet tijdig vervolledigd kon worden.**

.....  
.....  
.....  
.....

andere reden. **Geef hieronder een korte omschrijving van de andere reden.**

.....  
.....

**4 Wanneer heeft de persoon met een handicap voor deze vraag om bijstand voor het eerst contact met uw team opgenomen?**

dag  maand  jaar

### Ondertekening

**5 Vul de onderstaande verklaring in.**

**Ik verklaar dat het multidisciplinair team waarvan ik deel uitmaak, het dossier, vermeld in vraag 1, door overmacht niet kan vervolledigen binnen de gestelde termijn.**

datum dag  maand  jaar

naam MDT

erkenningsnummer MDT

handtekening

voor- en achternaam

functie

### Aan wie bezorgt u dit formulier?

**6 Bezorg dit formulier aan het kantoor van het VAPH dat het dossier van de persoon met een handicap behandelt.**

**VAPH – Provinciaal kantoor Antwerpen**  
Potvlietlaan 5, 2600 Berchem  
T 02 249 30 00  
antwerpen@vaph.be

**VAPH – Provinciaal kantoor Hasselt**  
Hendrik van Veldekegebouw  
Koningin Astridlaan 50 bus 2, 3500 Hasselt  
T 02 249 30 00  
hasselt@vaph.be

**VAPH – Provinciaal kantoor Gent**

Virginie Lovelinggebouw

Koningin Maria Hendrikaplein 70 bus 51, 9000 Gent

T 02 249 30 00

gent@vaph.be

**VAPH – Provinciaal kantoor Leuven**

Vlaams Administratief Centrum

Diestsepoort 6 bus 57, 3000 Leuven

T 02 249 30 00

leuven@vaph.be

**VAPH – Provinciaal kantoor Brugge**

Jacob Van Maerlantgebouw

Koning Albert I-laan 1-2 bus 55, 8200 Brugge

T 02 249 30 00

brugge@vaph.be