|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Verklaring van tewerkstelling van een assistent bij een persoon met een handicap in het kader van een hoogrisicocontact** | | |
|  | ***Waarvoor dient dit formulier?***  *Met deze verklaring bevestigt u als budgethouder de tewerkstelling van een assistent.*  *Assistenten van personen met een handicap kunnen, in geval van een hoogrisicocontact met een persoon die besmet is met het COVID-19-virus, getest worden op dag 5 nadat ze voor het laatst met die persoon in contact kwamen.* | | |
|  | **Identificatiegegevens van de assistent** | | |
| **1** | **Vul de gegevens van de medewerker in.** | | |
|  | officiële voornamen |  | |
|  | achternaam |  | |
|  | geboortedatum | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | dag |  |  | maand |  |  | jaar |  |  |  |  | | |
|  | **Ondertekening** | | |
| **2** | **Vul de onderstaande verklaring in.** | | |
|  | **Ik verklaar dat de assistent, vermeld in vraag 1, is tewerkgesteld bij een persoon met een handicap en dat deze assistent een hoogrisicocontact heeft gehad.**  **Ik verklaar dat ik gemachtigd ben om deze verklaring in te vullen.** | | |
|  | datum | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | dag |  |  | maand |  |  | jaar |  |  |  |  | |
|  | handtekening | |  |
|  | voor- en achternaam | |  |
|  | **Aan wie bezorgt u dit formulier?** | | |
| **3** | *Bezorg dit formulier aan de assistent die in quarantaine moet, vermeld in vraag 1.* | | |