**DEMANDE DE Subvention pour le soutien à l'installation d'un jeune médecin généraliste**

**REGION de BRUXELLES – CAPITALE**

**ANNEE 20XX**

*Formulaire à compléter par le jeune médecin généraliste qui souhaite bénéficier du subside relatif au soutien des pratiques multidisciplinaires et des jeunes médecins. Ce formulaire ainsi que les pièces justificatives doivent être envoyés au plus tard le* ***31 mars*** *par courriel à l'adresse* *impulseobruxelles@ccc.brussels* *ou par courrier postal à l'adresse mentionnée en bas de page.*

***L'introduction de votre demande n'entraine pas automatiquement l'octroi d'une subvention***

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS** |
|  |
| * Nom et prénom Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
 |
| * Date de naissance Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.
* Lieu de naissance Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Sexe [ ]  M [ ]  F [ ]  Autre
* Nationalité Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Numéro de registre national Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Adresse légale de domiciliation (rue + numéro) Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
 |
| * Code postal + commune Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Adresse complète du lieu d'installation (si différente du domicile) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Date d'installation Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.
 |
| * Numéro tél/GSM +32 xxx/xxx.xx.xx
 |
|  |
| * Adresse Email Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
 |
|  |
| * Date agréation INAMI: Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.
 |
| * Numéro INAMI Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Numéro BCE : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
 |
| **Si d'application** : * Dates de séjour dans un pays en voie de développement du Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. au Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.
* Historique des installations précédentes comprenant adresses précises:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Date début | Date fin  | Nature de l'activité  | Lieu d'activité | Régime de travail |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 |

* Le demandeur a déjà bénéficié d'une intervention du Fonds d'Impulsion, Impulseo I, selon les dispositions de l'AR du 23 mars 2012 ?

[ ]  Oui
[ ]  Non

* **Montant total de la demande de subvention (+ annexe 3):** Maximum 15 000€

|  |
| --- |
|  |
| **RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES** |
| **Conditions obligatoires (article 5 de l'arrêté)***Un classement des demandes sera établi sur la base des éléments repris ci-dessous et des annexes/documents correspondants.*1. **L'installation (le lieu de travail) du demandeur est-il situé dans un quartier en pénurie ?**

[ ]  Oui[ ]  Non1. **Le demandeur est-il inscrit en tant que personne morale de droit privé sans but lucratif ?**

[ ]  Oui[ ]  Non1. **Le demandeur preste-t-il ses activités moyennant la facturation du tarif conventionné ?**

[ ]  Oui[ ]  Non[ ]  Partiellement conventionné 1. **Le demandeur a – t-il déjà publié au moins 1 SUMEHR dans le coffre-fort du Réseau Santé Bruxellois ?**

[ ]  Oui[ ]  Non1. **Expliquer en quoi le demandeur respecte le caractère bicommunautaire**[[1]](#footnote-1) **et décrivez brièvement les actions qui sont mises en place pour s'adresser à tous les Bruxellois, quelle que soit leur langue (cf. FAQ):**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Conditions facultatives (article 7 de l'arrêté)***Un classement des demandes sera établi sur la base des éléments repris ci-dessous et des annexes/documents correspondants.*1. **Le demandeur a-t-il établi une convention avec un ou plusieurs CPAS (… ?) ?**

[ ]  Oui[ ]  NonSi oui, précisez le/les CPAS : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.1. **Le demandeur a-t-il établi une convention de collaboration avec une structure ambulatoire regroupant des acteurs de la première ligne autres que ceux actifs au sein de la structure pour laquelle le subside est demandé ?**

[ ]  Oui[ ]  NonSi oui, précisez le nom de la structure : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.1. **Le demandeur preste ses activités moyennant un financement forfaitaire ?**

[ ] Oui[ ] NonSi oui, précisez le nombre de patients inscrits au forfait sur un an : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.1. **Le demandeur preste-t-il ses activités conformément au régime tiers-payant ?**
 |

[ ]  Oui

[ ]  Non

[ ]  Partiellement

1. **Le demandeur a-t-il mis en place une collaboration avec une structure financée par la Commission communautaire commune afin d'assurer un accompagnement personnalisé relatif à son installation ?**

[ ]  Oui

[ ]  Non

**Nom de la structure financée par la Cocom :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Autres financements**

*Recevez-vous d'autres sources de financement dans le cadre de l'installation de votre pratique ?*

[ ]  Oui

[x]  Non

Si oui, veuillez compléter le tableau ci-dessous et précisez la répartition des dépenses dans l'annexe 3 "budget":

|  |
| --- |
|  |
| Nom du pouvoir subsidiant | Montant  | Frais couverts*(Type : personnel, fonctionnement ou investissement)* | La subvention est demandée (D) ou octroyée (O) |
| ………. | € ………. | ………. | ………. |
| ………. | € ………. | ………. | ………. |
| ………. | € ………. | ………. | ………. |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTS A JOINDRE A LA DEMANDE** |
| 1. **Veuillez joindre les documents ci-dessous à la demande et cocher à chaque fois les documents joints.**

**Veillez également à bien indiquer l'intitulé exact de chaque annexe et les numéroter.** |
|  |
| **Obligatoires:**Les annexes ci-dessous sont disponibles sur le [site internet](https://www.ccc-ggc.brussels/fr/espace-professionnel/mesures-de-soutien-a-la-medecine-generale)[ ]  Annexe 1 : fiche de renseignements financiers/bancaires[ ]  Annexe 2 : Exécution des missions de première ligne[ ]  Annexe 3 : Budget Veuillez également fournir les annexes suivantes[ ]  Annexe I: Copie recto-verso de la carte d'identité du demandeur[ ]  Annexe II : Preuve de l’agrément comme médecin généraliste (+ document mentionnant le numéro d’identification à l’INAMI)[ ]  Annexe III : Copie des statuts [ ]  Annexe IV : Preuve du fonctionnement au tarif conventionné [ ]  Annexe V : Preuve d’installation sur le territoire de la Région de Bruxelles - Capitale (contrat bail/acte d'achat)**Facultatifs:** [ ]  Annexe a : Convention avec un ou plusieurs CPAS[ ]  Annexe b : Document indiquant la manière dont le demandeur souhaite faciliter l'accès à ses services aux personnes bénéficiant de l'aide médicale urgente.[ ]  Annexe c : Convention de collaboration avec une autre structure ambulatoire[ ]  Annexe d : Déclaration sur l'honneur que le lieu de travail du demandeur se trouve dans un quartier en pénurie[ ]  Annexe e : Documents attestant que le demandeur pratique un financement forfaitaire (INAMI)[ ]  Annexe f : Déclaration attestant que le demandeur preste ses activités sous le régime du tiers-payant (mutuelle)[ ]  Annexe g : Document attestant de la collaboration avec une structure financée par la Cocom  |

|  |
| --- |
| **DECLARATION** |

1. **Veuillez dater et signer (ci-dessous) la demande de subside**

Le soussigné certifie que le subside relatif au soutien des structures multidisciplinaires et aux jeunes médecins sera utilisé pour le financement de l'installation d'un jeune médecin généraliste dans un quartier en pénurie de la Région de Bruxelles – Capitale.

Le soussigné confirme que les déclarations sont sincères et tous les documents soumis pour l'examen de la demande sont exacts. Il s'engage à avertir immédiatement la Commission communautaire commune de tout changement qui interviendrait dans les éléments figurant dans la demande.

Le soussigné assure que la demande est introduite au plus tard 6 mois après la date d'installation.

Toute fausse déclaration entraîne de plein droit, dans le chef de la Commission communautaire commune, la faculté d'arrêter l'examen du dossier et de réclamer les frais exposés.

Le soussigné s'engage, en cas d'accord, à assumer en personne prudente et raisonnable les obligations résultant de l'octroi du subside.

Fait à Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

le demandeur: Qualité, nom et prénom

(qualité, nom et prénom)

Signature :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Les données recueillies dans le présent formulaire **et les annexes** seront traitées uniquement aux fins de l’examen de la demande de subside et lors des vérifications annuelles. Ce traitement est effectué dans le cadre de l'exercice d'une mission d'intérêt public des Services du Collège réuni. Cette mission est encadrée par  l’Arrêté du Collège réuni du 27/01/2022 relatif au soutien des structures multidisciplinaires et aux jeunes médecins.

Des informations complémentaires concernant le traitement des données effectuées par les SCR peuvent également être retrouvées dans la Politique de confidentialité disponible sur le site web de la Cocom.

1. La Cocom n'est pas compétente à l'égard des organisations qui s'adressent à un public exclusivement francophone ou exclusivement néerlandophone. [↑](#footnote-ref-1)