**DEMANDE DE Subvention pour le soutien à l'installation de pratiques multidisciplinaires**

**REGION de BRUXELLES – CAPITALE**

**ANNEE 20XX**

*Formulaire à compléter par la structure multidisciplinaire qui souhaite bénéficier du subside relatif au soutien des pratiques multidisciplinaires et des jeunes médecins. Ce formulaire ainsi que les annexes doivent être envoyés au plus tard le* ***31 mars*** *par courriel à l'adresse* *[impulseobruxelles@ccc.brussels](mailto: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 de la structure: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. * Forme juridique : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. * Numéro d'entreprise (BCE) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.   + Siège social | |
| * Adresse (rue + numéro) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| * Code postal + commune : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| * Numéro tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.   + Lieu d'installation de la structure multidisciplinaire      * Adresse (rue + numéro): Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. * Code postal + commune : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. * Date d'installation : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. * Nom et prénom du responsable de la structure: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. * Fonction de la personne responsable : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. * Nom et prénom de la personne de contact au sein de la structure : texte. * Fonction de la personne de contact : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| * Numéro tel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |
| * Adresse Email Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |

**En cas de reconversion d'une structure monodisciplinaire en structure multidisciplinaire:**

* Date de la reconversion : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.
* Nom de l'ancienne structure (si changement de nom) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Adresse complète de l'ancienne structure (si changement d'adresse) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

|  |
| --- |
| **Montant total de la demande de subvention (+ annexe 3):** Maximum 150.000€ ou 225.000€ si localisation dans un quartier en pénurie |
| **RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES** | | | | |
| **Conditions obligatoires (article 4 de l'arrêté)**  *Un classement des demandes sera établi sur la base des éléments repris ci-dessous et des annexes/documents correspondants.*   1. **La structure multidisciplinaire dispose-t-elle de**    1. Au minimum 4 praticiens exerçant leur activité au sein de la structure à concurrence de minimum un tiers équivalent temps plein chacun?   Oui  Non   * 1. Minimum 2 médecins agréés comme titulaires du titre professionnel particulier de médecin généraliste, dont 1 jeune médecin[[1]](#footnote-1), permettant une permanence de médecine générale d'au minimum 50 heures par semaine?   Oui  Non   1. **La structure est-elle une asbl ?**   Oui  Non   1. **La structure est-elle composée, au sein de son assemblée générale, majoritairement de praticiens exerçant leur activité au sein de celle-ci?**   Oui  Non   1. **Les praticiens prestant leurs activités au sein de la structure multidisciplinaire sont-ils conventionnés ?**   Oui, tous  Non, aucun  Certains praticiens de la structure oui, d'autres non    Si la dernière option est choisie, merci de lister les praticiens qui sont conventionnés et ceux qui ne le sont pas (ou partiellement)  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.   1. **Le(s) médecin(s) généraliste(s) a – t-il déjà publié au moins 1 SUMEHR dans le coffre-fort du Réseau Santé Bruxellois ?**   Oui  Non   1. **Expliquer en quoi votre organisation est bicommunautaire**[[2]](#footnote-2) **et décrivez brièvement les actions que vous avez mises en place pour vous 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. **La structure a-t-elle établi une convention avec un ou plusieurs CPAS?**   Oui  Non  Si oui, précisez le/les CPAS : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.   1. **La structure a-t-elle 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  Non  Si oui, précisez le nom de la structure : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.   1. **La structure se situe-t-elle dans un quartier en pénurie[[3]](#footnote-3) de médecins généralistes tel que défini par les ministres ?**   Oui  Non   1. **Le demandeur preste ses activités moyennant un financement forfaitaire ?**   Oui  Non  Si oui, précisez le nombre de patients inscrits au forfait sur un an : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.   1. **Les praticiens de la structure prestent-ils leurs activités conformément au régime tiers-payant ?** | | |

Oui, tous

Non, aucun

Certains praticiens de la structure oui, d'autres non

Si la dernière option est choisie, merci de lister les praticiens qui pratiquent le régime du tiers-payant et ceux qui ne l'appliquent pas (ou partiellement)

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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 structure ?*

Oui

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 à les numéroter.**  **Lorsqu'une annexe est demandée pour chaque praticien (\*), merci de numéroter les différentes pages de l'annexe et de les rassembler dans un seul et même document PDF.** | |
|  | | |
| **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 de la structure  Annexe 2 : Exécution des missions de première ligne  Annexe 3 : Budget  Annexe 4\* : Fiche de renseignement pour chaque praticien travaillant dans la structure multidisciplinaire  Veuillez également fournir les annexes suivantes  Annexe 5\* : Convention/contrat de collaboration entre les praticiens et la structure multidisciplinaire  Annexe 6\* : Copie recto-verso des cartes d'identité pour chaque praticien  Annexe 7\* : Preuve du temps de travail de chaque praticien au sein de la structure (grille horaire)  Annexe 8\* : Preuve de l’agrément comme médecin généraliste ou Visa du SPF Santé publique autorisant l'exercice en tant que professionnel de la santé (+ document mentionnant le numéro d’identification à l’INAMI)  Annexe 9 : Grille horaire de permanence de médecine générale (nombre d'heures prestées par semaine au sein du lieu d’installation pour lequel le subside est demandé)  Annexe 10: Copie des statuts de la structure multidisciplinaire  Annexe 11: Organigramme de la structure + composition de l'assemblée générale  Annexe 12: Documents démontrant sa capacité de gestion (mécanismes de contrôle interne + bilan si structure déjà existante)  Annexe 13\* : Preuve du fonctionnement au tarif conventionné pour chaque praticien de la structure  Annexe 14 : Preuve d’installation sur le territoire de la Région de Bruxelles - Capitale (contrat bail/acte d'achat)  En cas de reconversion d'une structure monodisciplinaire en structure multidisciplinaire, en plus des annexes susmentionnées :  Annexe 15 : liste des praticiens de l'ancienne structure  **Facultatifs:**  Annexe a : Convention avec un ou plusieurs CPAS  Annexe b : Document indiquant la manière dont la structure 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 la structure se trouve dans un quartier en pénurie  Annexe e\* : Document attestant que les praticiens de la structure pratiquent un financement forfaitaire (INAMI)  Annexe f\* : Déclaration attestant que les praticiens de la structure prestent leurs 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 subsides**

Le soussigné certifie que le subside relatif au soutien des structures multidisciplinaires et aux jeunes médecins sera utilisé pour le financement d'une structure multidisciplinaire nouvellement créée ou d'une structure monodisciplinaire, regroupant des acteurs de la première ligne de soins, reconvertie, ou qui a l'intention de se reconvertir, en structure multidisciplinaire en Région de Bruxelles – Capitale.

Le soussigné confirme que les déclarations sont sincères et que 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 ou de reconversion.

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 du texte.

Pour le demandeur: Qualité, nom et prénom

(qualité, nom et prénom)

Signature, précédée de la mention: "*Je certifie avoir l'autorisation de signer ce formulaire de demande*"

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 trouvées dans la Politique de confidentialité disponible sur le site web de la Cocom.

1. médecin agréé comme titulaire du titre professionnel particulier de médecin généraliste qui, à la date d'installation, est agréé depuis un délai de maximum 5 ans [↑](#footnote-ref-1)
2. La Cocom n'est pas compétente à l'égard des organisations qui s'adressent à un public exclusivement francophone ou exclusivement néerlandophone. [↑](#footnote-ref-2)
3. Voir la réponse apportée à la question "Mon quartier est-il en pénurie" dans la rubrique "plus d'informations" [↑](#footnote-ref-3)