**GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE
 Belliardstraat 71/1 - 1040 Brussel impulseobruxelles@ccc.brussels Tel 02/502 60 01** [**www.ccc.irisnet.be**](http://www.ccc.irisnet.be)

*Dit formulier moet opgestuurd worden naar de GGC en dit uiterlijk op 30 juni en heeft betrekking op de loonkosten van het jaar dat het jaar van de aanvraag voorafgaat. Het formulier mag ofwel verstuurd worden via e-mail met ontvangstbevestiging ofwel via de post (in het laatste geval mag de poststempel niet ouder zijn dan 30 juni)*

 **aanvraag voor EEN tegemoetkoming IN de loonkosten voor de arts in een individuele praktijk**

|  |
| --- |
| **IDENTITEIT VAN DE AANVRAGER EN VAN DE BEGUNSTIGDE VAN DE BETALING** |
|  |
| 1. **De aanvraag wordt gedaan door de huisarts in de hoedanigheid van : (aankruisen wat van toepassing is):**

Ο Vennootschap (ga naar vraag 2) Ο Natuurlijk persoon (ga onmiddellijk naar vraag 7) |
| A – IDENTITEIT VAN DE AANVRAGER IN DE HOEDANIGHEID VAN VENNOOTSCHAP |
| 1. **Identiteit van de entiteit**
 |
| Naam van de entiteit……………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Rechtsvorm………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Oprichtingsdatum : Dag……… Maand ………… jaar ……………………………………………………………………………………………. |
| Ondernemingsnummer ()…………………………………………….…………………………………………………………………………………………..   |
| 1. **Maatschappelijke zetel**

Straat + nummer………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Postcode + gemeente……………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Tel.……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| 1. **Installatieplaats**
 |
| Straat + nummer………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Postcode + gemeente……………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Tel……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| 1. **Afgevaardigd bestuurder of zaakvoerder**

**Naam…………………………………………………………………………………… Voornaam………………………………………………………………………**1. **Arts die deel uitmaakt van de vennootschap**

Naam………………………………………………………………………………………….Voornaam…………………………………………………………………….Adres (straat + nummer)…………………………….…………………………………………………………………………………………………………………. Postcode + gemeente…………………………………………………………………………………………………………………………………………….Tel.nr.……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………GSM-nr.…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………E-mailadres……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Geboortedatum : Dag……… Maand ………… jaar …………………………………………….……………………………………………. Geboorteplaats ………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………….Geslacht : ◊ M ◊ VNationaliteit………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Rijksregisternummer…………………………………………………………………………………………………………………………………………Identiteitskaart geldig tot : Dag……… Maand ………… jaar ……………………………………………………………………….Datum erkenning RIZIV…… Dag……… Maand ………… jaar ………………………………………………………………………………………….Inschrijvingsnummer RIZIV……………………………………………………………………………………………………………………………………………Ondernemingsnummer (KBO)………………………………………………………………………………………………………………………………………….Datum van inschrijving in een huisartsenkring: Dag……… Maand ………… jaar ……………………………………………………………B – IDENTITEIT VAN DE AANVRAGER IN DE HOEDANIGHEID VAN NATUURLIJK PERSOON1. **Identiteit van de natuurlijk persoon**

Naam………………………………………………………………………………………….Voornaam……………………………………………………………………….Adres (straat + nummer)…………………………….…………………………………………………………………………………………………………………. Postcode + gemeente…………………………………………………………………………………………………………………………………………….Tel.nr.……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………GSM-nr.…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………E-mailadres……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Geboortedatum : Dag……… Maand ………… jaar …………………………………………….……………………………………………. Geboorteplaats………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………….Geslacht : ◊ M ◊ VNationaliteit………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Rijksregisternummer…………………………………………………………………………………………………………………………………………Identiteitskaart geldig tot : Dag……… Maand ………… jaar ……………………………………………………………………….Datum erkenning RIZIV…… Dag……… Maand ………… jaar ………………………………………………………………………………………….Inschrijvingsnummer RIZIV ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Ondernemingsnummer (KBO)………………………………………………………………………………………………………………………………………….Datum van inschrijving in een huisartsenkring: Dag……… Maand ………… jaar ……………………………………………………………1. **Installatieplaats**

Straat + nummer……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Postcode + gemeente…………………………………………………………………………………………………………………………………………….Tel.……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| **REKENINGNUMMER VAN DE BEGUNSTIGDE** |
|

|  |
| --- |
| IBAN ……………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………..  |
| BIC………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………… |

Bankrekening op naam van ……………………………………………………………………………………………………………………………………**NB : indien het een eerste IMPULSEO-aanvraag betreft, moet het inlichtingsfiche vermeld in bijlage 2 ingevuld worden door de titularis van de bovenvermelde bankrekening.**  |
| **GEGEVENS VAN DE ADMINISTRATIEF BEDIENDE(N)** |
| ***Gelieve hier de gegevens in te vullen van de administratief bedienden waarvoor de tegemoetkoming wordt aangevraagd. Indien de aanvraag meer den twee administratief bedienden betreft, gelieve voor elk bijkomende bediende de bijlage 1 in te vullen.***  |

1. **ADMINISTRATIEF BEDIENDE**
2. **Identiteit van de werknemer**

Naam………………………………………………………………………………………….Voornaam……………………………………………………………………….

Adres ………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………….

Tel.nr./GSM………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Geboortedatum : Dag……… Maand ………… jaar …………………………………………….…………………………………………….

Geboorteplaats………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Geslacht : ◊ M ◊ V

Nationaliteit………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Rijksregisternummer…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Identiteitskaart geldig tot: Dag……… Maand ………… jaar ………………………………………………………………………..

1. **Gegevens met betrekking tot de prestaties van de bediende**

Aanvangsdatum tewerkstelling door de arts……………………………………………………………………………………………………………….

Einddatum tewerkstelling door de arts………………………………………………………………………………………………………………….

Aantal volledige maanden van tewerkstelling………………………..…………………………………………….…………………………………………….

Percentage werktijd voltijds equivalent……………………………………………………………………………………………………………….

Aantal gepresteerde uren per week …………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Gegevens met betrekking tot de globale loonkost**

Loonkost vermeld op het attest van het sociaal secretariaat (eur)…………………………..…………………….……………………………….

Loonkost vermeld op het attest van de werkgever (eur)...………………………………………………………………………………………….

Globale loonkost (som van de bovenstaande loonkosten) – eur ……………………………………………………………………………….

1. **ADMINISTRATIEF BEDIENDE 2**
2. **Identiteit van de bediende**

Naam………………………………………………………………………………………….Voornaam……………………………………………………………………….

Adres ………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………….

Tel.nr./GSM………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Geboortedatum : Dag……… Maand ………… jaar …………………………………………….…………………………………………….

Geboorteplaats………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Geslacht : ◊ M ◊ V

Nationaliteit………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Rijksregisternummer…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Identiteitskaart geldig tot : Dag……… Maand ………… jaar ……………………………………………………………………….

1. **Gegevens met betrekking tot de prestaties van de werknemer**

Aanvangsdatum tewerkstelling door de arts……………………………………………………………………………………………………………….

Einddatum tewerkstelling door de arts ……………………………………………………………………………………………………………………….

Aantal volledige maanden van tewerkstelling ……………………..…………………………………………….…………………………………………….

Percentage werktijd voltijds equivalent……………………………………………………………………………………………………………….

Aantal gepresteerde uren per week…………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Gegevens met betrekking tot de globale loonkost**

Loonkost vermeld op het attest van het sociaal secretariaat (eur)…………………………..…………………….……………………………….

Loonkost vermeld op het attest van de werkgever (eur)..………………………………………………………………………………………….

Globale loonkost (som van de bovenstaande loonkosten) – eur ………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| **AANVULLENDE GEGEVENS** |
| 1. **Is de huisarts verbonden met het Brusselse Gezondheidsnetwerk ?**

◊ Ja◊ Neen1. **Heeft de huisarts ten minste 1 sumehr gepubliceerd op het Brusselse Gezondheidsnetwerk ?**

◊ Ja◊ Neen |
| ***Indien een van de bovenstaande antwoorden negatief is, gelieve contact op te nemen met de vzw Abrumet via*** ***info@abrumet.be*** |

|  |
| --- |
| **AAN DE AANVRAAG TOE TE VOEGEN DOCUMENTEN – VOOR DE ARTS** |
| 1. **Gelieve onderstaande documenten aan de aanvraag toe te voegen en telkens de documenten aan te kruisen die werden toegevoegd. De documenten die tijdens de vorige aanvragen opgestuurd waren, hoeven niet meer verzonden te worden.**
 |

|  |
| --- |
| ◊ Een **leesbare** kopie (recto-verso) van de geldige identiteitskaart van de arts in een individuele praktijk of van de arts die deel uitmaakt van de vennootschap waar hij zijn individuele praktijk uitoefent |
| ◊ Bewijs van erkenning als huisarts (document waarin het identificatienummer bij het RIZIV wordt vermeld)◊ Bewijs van inschrijving in een huisartsenkring |
| ◊ Indien de aanvrager de vennootschap is waar de arts zijn individuele praktijk uitoefent, **de statuten** van de vennootschap waarin nader omschreven wordt wie de vennootschap mag verbinden. ◊ Eventuele wijzigingen van de statuten van de vennootschap waar de arts zijn individuele praktijk uitoefent.  |
| ◊ Kopie van de samenwerkingsovereenkomst tussen de artsen (of met een medisch huis) – indien van toepassing◊Het inlichtingsfiche vermeld in bijlage 2. Om in te vullen indien het een eerste IMPULSEO-aanvraag betreft. |

|  |
| --- |
| **AAN DE AANVRAAG TOE TE VOEGEN DOCUMENTEN – VOOR DE ADMINISTRATIEF BEDIENDE(N)** |
| 1. **Gelieve onderstaande documenten aan de aanvraag toe te voegen en telkens de documenten aan te kruisen die werden toegevoegd**

◊ Een **leesbare** kopie (recto-verso) van de geldige identiteitskaart van elke administratief bediende  |
| ◊ Een kopie van de arbeidsovereenkomst afgesloten met elke administratief bediende, met daarin een omschrijving van de taken van de werknemer die te maken hebben met onthaal en praktijkbeheer. Deze overeenkomst **moet ondertekend zijn door de administratief bediende en de arts** (of de vertegenwoordiger van de vennootschap waar de arts zijn individuele praktijk uitoefent). ◊ **Een eventueel aanhangsel bij de arbeidsovereenkomst** ondertekend door de administratief bediende en de arts (of de vertegenwoordiger van de vennootschap in overeenstemming met de statuten van deze vennootschap).  |
| ◊ Attest van het sociaal secretariaat met bevestiging van het barema (ten minste in overeenstemming met het barema vastgesteld door het paritair comité bevoegd voor de tewerkstelling van een bediende die belast is met het onthaal en het praktijkbeheer in een huisartspraktijk), het jaar waarin de bediende de vergoeding heeft ontvangen, het percentage werktijd voltijds equivalent en het jaarloon. ***Opgelet het percentage werktijd voltijds equivalent op het attest van het sociaal secretariaat moet overeenstemmen met datgene vermeld in de arbeidsovereenkomst (of de aanhangsels ervan) van de bediende(n)!***   |
| ◊ Attest van de werkgever ondertekend door de **arts in een individuele praktijk of de vertegenwoordiger van de venootschap** waar de arts zijn individuele praktijk uitoefent, dat betrekking heeft op de administratieve kosten van de externe dienst voor preventie en bescherming op het werk, de administratieve kosten van de verzekering voor arbeidsongevallen verminderd met elke mogelijke tussenkomst van een overheid.  |

|  |
| --- |
| **VERKLARING** |

1. **Gelieve (hieronder) de aanvraag voor een tegemoetkoming te dateren en te ondertekenen**

Door dit formulier te ondertekenen bevestigt de aanvrager de volgende punten in acht te zullen nemen:

• De aanvrager bevestigt dat de verklaringen en alle documenten voorgelegd voor het onderzoek van de aanvraag oprecht en juist zijn en verbindt zich ertoe de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie onmiddellijk in kennis te stellen van elke wijziging die zich zou voordoen in de elementen vermeld in deze aanvraag. Elke valse verklaring geeft de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie het recht om het onderzoek van het dossier stop te zetten en de opgelopen kosten te vorderen.

• De aanvrager verklaart dat de loonkosten waarvoor de tegemoetkoming wordt gevraagd betrekking hebben op een werknemer die is tewerkgesteld met een arbeidsovereenkomst die een loon garandeert dat ten minste in overeenstemming is met het barema vastgesteld door het paritair comité bevoegd voor de tewerkstelling van een bediende die belast is met het onthaal en het praktijkbeheer in een huisartspraktijk.

• De aanvrager bevestigt eveneens dat het jaarloon voor de bediende overeenstemt met de werkelijk door hem gedragen loonkost voor de bijstand in het onthaal en het administratief beheer van het afgelopen jaar, **rekening houdend met het bedrag van de andere tegemoetkomingen van gelijk welke overheid** die een vermindering van de globale loonkost tot gevolg hebben.

• De aanvrager verklaart gebruik te maken van het gelabeld elektronisch medisch dossier

Gedaan te ……………………………………………………………………………………………………………..

Datum………………………………………………………………………………………………………………...

Gelezen en goedgekeurd :

Handtekening………………………………………………………………………………………………………….

Naam en voornaam van de aanvrager