

## CONVALESCENCE - DEMANDE D'INTERVENTION FINANCIERE



Ce document dûment complété est à renvoyer au Service Convalescence de Partenamut.  
Vous souhaitez nous le transmettre par mail ? Envoyez-le sur [convalescence@partenamut.be](mailto:convalescence@partenamut.be)

### A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR OU SON AIDANT (en lettres majuscules)

Ce document a pour but unique de vérifier l'éligibilité du demandeur à une intervention financière de Partenamut pour couvrir les frais de séjour dans un centre de convalescence agréé par la mutuelle.  
La possibilité d'effectuer le séjour dépend toujours de l'accord de la résidence.

#### 1. DONNEES ADMINISTRATIVES

##### Identification du bénéficiaire :


Nom : .....	<i>ou collez une vignette de la mutualité</i>
Prénom : .....	
Registre National : .....	
 .....	
 PERSONNE DE CONTACT : .....	

##### Serez-vous accompagné(e) pendant votre séjour (\*) ?

OUI       NON

(\*) cochez la case adéquate

##### SI OUI, identification de l'accompagnant

Nom : .....	<i>ou collez une vignette de la mutualité</i>
Prénom : .....	
Registre National : .....	
 .....	
Cette personne (ou une autre) vous aide-t-elle régulièrement à votre domicile (*) ?	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si oui, bénéficie-t-elle du statut Aidant Proche (*) ?	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> JE NE SAIS PAS	
Souhaitez-vous être mis en contact avec notre service social à ce sujet (*) ?	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Une intervention financière pour l'accompagnant ayant le statut Aidant Proche de Partenamut est également possible (sous certaines conditions)	

**2. RAISON(S) POUR LAQUELLE/LESQUELLES VOUS SOUHAITEZ EFFECTUER UN SEJOUR DE CONVALESCENCE DANS UNE DE NOS RESIDENCES CONVENTIONNEES (\*) (1)**

- Je poursuis un traitement lourd (dialyse, radiothérapie, chimiothérapie, rayons).
- Je sors d'une hospitalisation il y a maximum 2 mois.
- J'ai besoin d'aide pour au moins une activité de la vie quotidienne (ex : changer de position, manger/boire, se déplacer, se laver, prendre des médicaments, mettre/enlever des vêtements, aller à la toilette).
- Autre : .....

*Souhaitez-vous être mis en contact avec notre centre de coordination (ASBL d'aide et soins à domicile) pour organiser le retour à domicile après votre séjour en hébergement temporaire (\*) ?*

- OUI       NON

**DONNEES MEDICALES**

- Diagnostic qui nécessite un séjour en convalescence (motif d'hospitalisation par exemple) :

.....

.....

- Présentez-vous un risque de contagion ou affections multirésistantes (\*) ?

- OUI       NON

**3. LIEU DE SEJOUR CHOISI PARMIS NOS RESIDENCES CONVENTIONNEES (2) (voir liste en annexe)**

.....

.....

**4. DUREE DU SEJOUR CONVENTIONNEES (\*)**

- 7 JOURS       14 JOURS       21 JOURS       28 JOURS

Date : .....

Signature :

\* Cochez la case adéquate

1 En fonction des données en notre possession, il est possible que nous vous demandions un justificatif médical pour compléter votre dossier.

2 Sous réserve d'acceptation de la résidence.