

MEDISCH ATTEST VERMINDERDE MOBILITEIT

(voor het toekennen van prioriteit voor een aangepaste woning)

Enkel in te vullen bij:

- bij erkende handicap door FOD van minimum 9 punten **OF** 1/3^{de} verminderd verdienvermogen **OF** een erkenning invaliditeit door mutualiteit van +66%
- door de behandelende geneesheer-specialist (attesten ingevuld door de huisarts worden NIET aanvaard)

Ondergetekende (=geneesheer-specialist),

Naam:

Specialisatie:

Adres:

verklaart hierbij op eer dat de heer/mevrouw (patiënt) :

Naam:

Adres:

Rijksregisternummer:

Hieronder aankruisen wat van toepassing is:

- rolstoelpatiënt(e)** is, waardoor een woongelegenhed aangepast aan het rolstoelgebruik noodzakelijk is.
- lijdt aan een **irreversibele sterk verminderde mobiliteit** die het nemen van trappen in de woongelegenhed bijzonder sterk bemoeilijkt, waardoor een woongelegenhed met minstens één slaapkamer en badkamer op de gelijkvloerse verdieping noodzakelijk is.

Opgemaakt te(plaats) op/...../.....

Stempel + handtekening: