|  |  |
| --- | --- |
|   |  |



**Aanvraag voor een extra financiële tussenkomst**

**voor Erasmus+ personeelsleden met *fewer opportunities* (functiebeperking)**

*Gelieve uw aanvraag te mailen naar* ronny.masset@epos-vlaanderen.be

***De aanvraag moet minstens 6 weken voor de begindatum van de mobiliteit ingediend zijn bij EPOS.***

***1. IDENTIFICATIE VAN DE THUISINSTELLING***

|  |
| --- |
| **Naam thuisinstelling:**       |
| Erasmus Higher Education Charter nummer:       |
| Erasmuscode:       |
| Naam van de persoon die de aanvraag ondertekent namens de thuisinstelling:      |
| Titel/Functie:       |

***2. IDENTIFICATIE VAN HET PERSONEELSLID***

|  |
| --- |
| **Naam:**  |
| **Voornamen**:  |
| Geslacht: [ ] M [ ] V [ ]  X | Nationaliteit:       |
| Geboortedatum (dd/mm/jjjj):       |
| Adres:       |
| Postcode en gemeente:       |
| Telefoonnummer:       |
| E-mailadres:       |

***3. GEGEVENS BETREFFENDE DE ERASMUS+ MOBILITEIT***

|  |
| --- |
| [ ]  STA [ ]  STT |
| Naam gastinstelling:       |
| Erasmuscode gastinstelling (indien toepasselijk):       |
| Begindatum lesopdracht of training:       |
| Einddatum lesopdracht of training:       |

***4. BESCHRIJVING VAN DE FUNCTIEBEPERKING***

|  |
| --- |
| *Onder functiebeperking verstaat EPOS het volgende:**Elk langdurig en belangrijk participatieprobleem van een persoon dat te wijten is aan het samenspel tussen functiestoornissen van mentale, psychische, lichamelijke of zintuigelijke aard, beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten, en persoonlijke en externe factoren.**Deze definitie laat toe om de situatie van iedere persoon die een aanvraag voor ondersteuning indient, apart te bekijken.* |

|  |  |
| --- | --- |
| Aard van de beperking |       |
| Graad van fysieke mobiliteit |       |
| Heeft u nood aan een permanente begeleider? |       |
| Heeft u nood aan een tijdelijke begeleider? |       |
| Welk type medische follow up[[1]](#footnote-1) heeft u nodig?(kine, medische check up, …) |       |

**Voeg bewijsstukken toe aan deze aanvraag**

[ ]  Attest erkenning van de handicap

of

[ ]  Medisch attest (niet ouder dan 3 maanden)

of

[ ]  Ander :

***5. GEDETAILLEERDE BEREKENING VAN DE GEVRAAGDE TUSSENKOMST***

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Gevraagde bedrag (in euro)** |
| Begeleider |  |
| * tijdens de reis (heen en terug)
 |       |
| * van en naar de campus
 |       |
| Speciaal transport (voor personen met een fysieke functiebeperking) |  |
| * van thuis tot de gastinstelling
 |       |
| * lokaal tijdens het Erasmusverblijf
 |       |
| Accommodatie (in het geval een aangepaste kamer niet beschikbaar is in de gastinstelling) |       |
| Hulp |  |
| * overdag (aantal uren)
 |       |
| * ’s nachts
 |       |
| Verzorger |       |
| Medische follow up[[2]](#footnote-2) (kine, medische check up, etc.) |       |
| Andere[[3]](#footnote-3):       |       |
| TOTAAL |       |

***6. Handtekeningen***

Wij, ondergetekenden, verklaren op eer dat deze aanvraag volledig en correct is.

|  |  |
| --- | --- |
| Namens de thuisinstellingNaam:      Datum:      Handtekening | Het personeelslidNaam:      Datum:      Handtekening |

***7. Checklist***

[ ]  Alle relevante velden in het aanvraagformulier zijn ingevuld.

[ ]  De aanvraag is ondertekend en gedateerd.

[ ]  Attest m.b.t. functiebeperking is toegevoegd.

1. *Het betreft medische follow up die dient te gebeuren in het gastland.* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Het betreft medische follow up die dient te gebeuren in het gastland.* [↑](#footnote-ref-2)
3. *De aankoop, vervanging of onderhoud van apparaten (bv. laptops, tablets, smartphones, …) worden niet als extra kosten ten gevolge van de buitenlandse mobiliteit beschouwd.* [↑](#footnote-ref-3)