

Opgroeien

Team Zorgtoeslagevaluatie

Hallepoortlaan 27

1060 BRUSSEL

**T** 02 533 13 41

**opgroeien.be**

**zorgtoeslagen.be**

Zorgtoeslag voor kinderen met een specifieke ondersteuningsbehoefte

Vragenlijst voor mobiele begeleiding

//////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////

Vul dit document zo volledig mogelijk in en/of voeg een verslag toe waar de in deze vragenlijst gevraagde informatie is in opgenomen.

Dit document is enkel geldig als het ondertekend is.

## persoonsgegevens van het kind

Voornaam: Klik of tik om tekst in te voeren.

Naam: Klik of tik om tekst in te voeren.

Rijksregisternummer: Klik of tik om tekst in te voeren.

## Startdatum en voorziene duur van de therapie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Startdatum | Einddatum | Frequentie | Psychopedagogische ondersteuning | Therapeutische begeleiding |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

## Evolutie van de therapie

Vul dit enkel in als de begeleiding van therapeutische aard is.

Vooruitgang  Stabilisatie  Regressie

Beschrijf hieronder in het kort de evolutie van de therapie.

|  |
| --- |
|  |

## GEGEVENS begeleider of therapeut

Voornaam en naam: Klik of tik om tekst in te voeren.

Datum: DD/MM/JJJJ

Handtekening