

Opgroeien

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

### FORMULIER aanvraag erkenning van dienst herstelgerichte en constructieve afhandeling (HCA)

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

Vlaams Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**Agentschap Opgroeien**

**Afdeling Voorzieningenbeleid Jeugdhulp**

Hallepoortlaan 27, 1060 BRUSSEL

Tel. 02 249 76 33  
E-mail: [voorzieningenbeleid@opgroeien.be](mailto:voorzieningenbeleid@opgroeien.be)

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

***Waar vindt u meer informatie over dit formulier?***

*Cf. Besluit van de Vlaamse Regering van 5 april 2019 inzake de erkenningsvoorwaarden en subsidienormen voor voorzieningen in de jeugdhulp. (zie* [*https://codex.vlaanderen.be/PrintDocument.ashx?id=1031903&datum=&geannoteerd=false&print=false*](https://codex.vlaanderen.be/PrintDocument.ashx?id=1031903&datum=&geannoteerd=false&print=false))

*Als u vragen of opmerkingen heeft, kunt u bellen naar 02 227 65 54 of mailen naar* [*voorzieningenbeleid@opgroeien.be*](mailto:voorzieningenbeleid@opgroeien.be)

*Voor meer informatie over Opgroeien kunt u terecht op de website* [*www.jeugdhulp.be*](http://www.jeugdhulp.be)

***Aan wie bezorgt u dit formulier?***

*De aanvraag wordt door de inrichtende macht elektronisch bij de administratie ingediend:* [*voorzieningenbeleid@opgroeien.be*](mailto:voorzieningenbeleid@opgroeien.be)

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

GEGEVENS VAN DE INRICHTENDE MACHT

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

**1. Vul de gegevens van de inrichtende macht in**

Naam

Juridisch statuut

Ondernemingsnummer

Rekeningnummer (IBAN)

Straat en nummer

Postnummer en gemeente

Naam voorzitter

Telefoonnummer

e-mailadres

GEGEVENS VAN DE HCA-DIENST ZOALS U DIE WIL LATEN ERKENNEN

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

**2. Vul hieronder de gegevens van de HCA-dienst in zoals u die wil laten erkennen**

naam organisatie

straat en nummer

postnummer en gemeente

bestuurlijk arrondissement

naam verantwoordelijke

functie verantwoordelijke

telefoonnummer

e-mailadres

BIJLAGEN

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

**4. Vink aan welke bijlagen u bij dit formulier voegt**

De statuten als de inrichtende macht een vzw is

Pedagogisch profiel

Ander(e) bijlage(n):

GEGEVENS INZAKE DE ERKENNING VAN DE HCA-DIENST

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

**5. Vanaf wanneer zal de gevraagde wijziging operationeel zijn?**

dag       maand       jaar

ONDERTEKENING

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

**6. Vul de onderstaande verklaring in**

**Ik bevestig dat alle gegevens in dit formulier naar waarheid zijn ingevuld.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| datum | dag | maand | jaar |
| handtekening |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| voor- en achternaam |  |  |  |
| functie |  |  |  |