Aanvraag tot erkenning als Multidisciplinair Team in de Integrale Jeugdhulp

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

*Als u vragen of opmerkingen heeft, kunt u bellen naar 02 553 08 27 of mailen naar* [*ITP@jongerenwelzijn.be*](mailto:ITP@jongerenwelzijn.be)

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

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

*Stuur dit ondertekende formulier met de bijbehorende bijlagen aangetekend naar:*

*Agentschap Jongerenwelzijn*

*Afdeling Intersectorale toegangspoort*

*Koning Albert II-laan 35 bus 32*

*1030 BRUSSEL*

*En per e-mail naar* [*ITP@jongerenwelzijn.be*](mailto:ITP@jongerenwelzijn.be)

**Gegevens van de voorziening of instantie die de erkenning aanvraagt en waartoe het team behoort**

1. **Vul hieronder de gegevens van uw voorziening in of wanneer het om een samenwerkingsverband gaat van de vzw of de hoofdactor van het samenwerkingsverband.**

*De erkenningsdatum is de datum waarop uw voorziening instantie erkend is door een overheid. Voeg het erkenningsbesluit bij dit formulier.*

|  |  |
| --- | --- |
| officiële benaming |  |
| straat en huisnummer |  |
| postcode en gemeente |  |
| rechtsvorm |  |
| telefoonnummer |  |
| faxnummer |  |
| e-mailadres |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| in voorkomend geval erkenningsdatum | dag | 0 | 0 | maand | 0 | 0 | jaar | 0 | 0 | 0 | 0 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IBAN | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| BIC | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

|  |  |
| --- | --- |
| Aanspreekpersoon voor het samenwerkingsverband |  |
|  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| naam |  |
| juridisch statuut en toelichting |  |
|  |
|  |
| straat en nummer |  |
| postnummer en gemeente |  |
| naam voorzitter |  |
| telefoonnummer |  |
| faxnummer |  |
| e-mailadres |  |

**Gegevens van het personeel van het team**

1. **Vul hieronder de voor- en achternamen in van de personen die deel zullen uitmaken van het multidisciplinair team en hun disciplines en geef aan of ze personeelslid zijn van de voorziening**

*Een multidisciplinair team moet minstens bestaan uit een staf met:*

* *één licentiaat in de psychologische, pedagogische of orthopedagogische wetenschappen*
* *één sociaal assistent of sociaal verpleegkundige of een in het ministerieel besluit gelijkgesteld profiel.*

*Hiernaast moet er minstens een samenwerking zijn met een medicus.*

*Per discipline mag u meer dan één persoon opgeven. De lijst kan op elk moment gewijzigd worden.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Medicus** | ***Licentiaat of Master in de psychologische, pedagogische of orthopedagogische wetenschappen*** | ***Sociaal assistent of sociaal verpleegkundige of een in het ministerieel besluit gelijkgesteld profiel*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Motivatie met betrekking tot het voldoen aan de erkenningsvoorwaarden**

**Specifieke deskundigheid van het multidisciplinair team**

1. **Vraagt u naast de basiserkenning als multidisciplinair team nog een specifieke erkenningen IMB aan bij het VAPH of heeft u deze erkenning reeds vanuit het VAPH?**

*Naast de basiserkenning kunt u bij het VAPH een specifieke erkenning aanvragen*

*als gespecialiseerd MDT - Individuele Materiële Bijstand. Met deze*

*erkenning kunt u multidisciplinaire verslagen en adviesrapporten opmaken voor aanvragen individuele materiële bijstand.*

*Ja*

*Nee*

1. **Wat is de doelgroep waarop u gericht bent met uw dienstverlening als team?**

1. **Motivering met betrekking tot de professionele ervaring van het team in de jeugdhulpverlening.**

**Ondertekening door de hiertoe bevoegde persoon binnen de aanvragende voorziening of instantie of inrichtende macht**

1. **Vul de onderstaande verklaring in.**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum | dag | 0 | 0 | maand | 0 | 0 | jaar | 0 | 0 | 0 | 0 |

|  |  |
| --- | --- |
| *handtekening* |  |
| *voor- en achternaam* |  |
| *functie* |  |