

## AANVRAAG FORMULIER REQUISITORIUM

**Belangrijk:** Indien U een requisitorium nodig hebt, om de vergoeding van medische zorgen of medicijnen te garanderen, gelieve dit formulier **in hoofdletters** te vervullen en aan Fedasil door mailen naar: [medic@fedasil.be](mailto:medic@fedasil.be), voorafgaand aan de afspraak met de dokter, het ziekenhuis of de apotheker.

### 1 - Inlichtingen over de asielzoeker

Naam: .....

Voornaam: .....

OV Nummer – RRN : .....

geboortedatum: .....

telefoonnummer: .....

Indien een kind , nationaal registratienummer van de ouders .....

### 2 – Inlichtingen over dokter /ziekenhuis / apotheek

Naam van de zorginstelling/ apotheek: .....

Naam dokter / dienst: .....

Datum afspraak: .....

Telefoonnummer:.....

### 3 – Verzendingswijze requisitorium (Het requisitorium zal verstuurd worden naar e-mail adres )

E-mail adres : .....

**Helpdesk : telefonisch bereikbaar van maandag tot vrijdag vanaf 09h00 tot 12h00**

**Tél. FR/02/213.43.25 – NL/02/213.43.00**

**E-mail : [medic@fedasil.be](mailto:medic@fedasil.be)**

ENGLISH 1. Information about the asylum seeker	ESPAÑOL 1. Información sobre la persona que solicita asilo	SERBO-CROATE – SRPSKI HRVATSKI 1. Informacije o ljudima da traže azil	ALBANIAN – SHQIP 1. Informacione mbi azilkërkuesin	RUSSE - РУССКИЙ 1. Информация о просителе убежища	ARABE عربي معلومات حول طالب اللجوء
Family name	Apellido	Prezime	Mbiemri	Фамилия	اللقب
Name	Nombre	Ime	Emri	Имя	الاسم
SP/OV number	Número SP/OV	SP/OV broj	Numri SP (Sigurimit Publik)	N° SP/OV	رقم طلب اللجوء
Birth date	Fecha de nacimiento	Datum rođenja	Data e lindjes	Дата рождения	تاريخ الميلاد
Telephone number	Número telefónico	Broj telefona	Numri i telefonit	Номер телефона	رقم الهاتف
If the person concerned is underage (-18years old), number of the parent's national register number	Si la persona tiene menos de 18 años, el número del registro nacional del padre o de la madre	Ako deca (-18 godina), broj nacionalinog registra otaca ili majke	Nëse personi në fjalë është i mitur (-18 vjeq), numri i regjistrit nacional të prindërve.	Если это ребенок, номер национального регистра родителя	إذا كان طفل تحت ١٨ سنة ، الرقم الوطني اولياء الأمور
<b>2. Information about the medical institution (hospital, clinic, ...)</b>	<b>2. Información sobre la institución médica (hospital, clínica,...)</b>	<b>2. Informacije o sdavstvenoj ustanovi (bolnica, klinika,...)</b>	<b>2. Informacione mbi institucionin medikal (spitali, klinika, ...)</b>	<b>2. Информация о медицинском назначении / Аптека</b>	<b>معلومات حول الموعد الطبي او حول الصيدلية</b>
Name of the medical institution	Nombre de la institución	Ime ustanove	Emri i institucionit medikal	Название Медицинского Учреждения/ Аптеки	أسم مؤسسة الرعاية
Name of the doctor	Nombre del medico	Ime doktora	Emri i mjekut	Имя врача / Отделение	أسم الطبيب
Date of the consultation	Fecha de la cita	Datum sastanaka	Data e konsultimit	Дата назначения	تاريخ الوعد
Telephone number	Número telefónico	Broj telefona	Numri i telefonit	Номер телефона	رقم الهاتف
<b>3. Where would you like to receive the Fedasil answer?</b>	<b>3. ¿ Dónde queréis recibir la respuesta de Fedasil?</b>	<b>3. Gde želite da primite odgovor Fedasila?</b>	<b>3. Ku do të donit të mirrni përgjigjen e Fedasil'it ?</b>	<b>3. Информация об отправке медицинской заявки (Мы отправим эту медицинскую заявку только на номер факса или адрес электронной почты, указанный ниже)</b>	<b>Fedasil أين تريدون تسليم إجابته</b>
Fax number	Número de fax	Broj faxa	Numri Faks	N° Факса	رقم فاكس
Email address	Dirección de correo electrónico	Email adres	E-mail adresa	Ваш адрес электронной почты	عنوان الكتروني

INFO : 9 :00>12 :00 Tél. FR :02/213.43.25 – NL :02/213.43.00

E-mail : [medic@fedasil.be](mailto:medic@fedasil.be)

<b>TURKÇE</b> <b>1. Siğınma basvurusu yapan kisi ile ilgili bilgiler</b>	<b>KURDI (tîpê Latîni)</b> <b>1. Agahî ya sexsê ku serî lê didê</b>	<b>SOMALI</b> <b>1. Macluumaadka ku saabsan codsiga magan galyada</b>	<b>FARSI / DARI</b> فارس اطلاعات در مورد پناهجویان	<b>PASHTOU / تویبپ</b> ۱. معلومات دپناهجو په باره کی
Soyadı:	Pasnav :	Magaca Walidka	نام خانوادگی	تخلص:
Adı:	Nav:	Magacaga	نام	نوم
SP/OV numarası:	Reqema SP/OV :	Lambarka Faylka	تعداد sp/ov	رئشم sp/ov
Doğum tarihi:	Tarixa rojbunê:	Taariikhda Dhalashada	تاریخ تولد	د زېږېدو تاریخ
Telefon numarası:	Reqema telefonê:	Lambarka Telefonkaga	شماره تلفن	د تېلفون نمبر
Eger basvuru sahibi 18 yasından küçük ise, ebeveynlerinden birinin ulusal (nasyonal) numarası:	Heger yê ku serî lê didê je 18 salan çuktire, reqema netewîa bavpirê wî:	Haddii ay tahay ilmo lambarka diiwaanka qaranka ee waalidka	اگر فرد مربوطه زیر سن قانونی (۱۸- سال) باشد تعداد والدین	د ستاسو ماشوم دپاره د پلار او یا د مور ارجستر نمبر
<b>2. sağlık kurumu ile ilgili bilgiler (hastane, sağlık ocağı, klinik....)</b>	<b>2. Agahî ya saziya tenduristîyê (xestexane, qlînik...)</b>	<b>2. Macluumaadka ku saabsan ballanta daaweynta/farmashiyaha</b>	اطلاعات در مورد موء سسه پزشکی (بیمارستان - درمانگاه)	<b>۲. معلومات د دکتړ ، شفاخانه یا درملتون په باره کی</b>
Sağlık kurumunun adı:	Navê saziya tendurustîyê:	Magaca rugta daryeelka/ Farmashiyaha	نام موء سسه پزشکی	د شفاخانه یا دواخانه نوم
Doktorun adı:	Navê tixtor:	Magaca dhakhtar/Adeegga	نام دکتړ	د داکتړ او دغه بخش نوم
Konsultasyon tarihi :	Tarixa randevûyê:	Taariikhda ballanka	تاریخ مشاوره	د افسپراک نیته
Telefon numarası:	Reqema telefonê:	Lambarka Telefonka	شماره تلفن	د تېلفون نمبر
<b>3. Fedasil cevabi nereye göndersin?</b>	<b>3. Fedasil bersiva xwe bisîne kêrê?</b>	<b>3. Macluumaadka ku saabsan soo gudbinta Warqada dawada (waxaan u soo diri doonaa warqada cafimadka oo kaliya lambarka Fax ama cinwaanka e-mailka ee hoos ku Qoraan)</b>	کجا میخواستید پاسخ فدازیل را دریافت کنید	<b>۳. د درخواستی د لیگولو روش</b> در خواستی لگیل کیږی په:
Fax numarası:	Reqema fax'ê:	Lambar fax ah	شماره فکس	E-mailadres
E-mail adresi:	Edresa e-maile'ê:	Cinwaanka emailka	ادرس ایمیل	

INFO : 9 :00>12 :00 Tél. FR :02/213.43.25 – NL :02/213.43.00

E-mail : [medic@fedasil.be](mailto:medic@fedasil.be)