

**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 vervolledigen en aan Fedasil door mailen naar: medic@fedasil.be, **voorafgaand aan de afspraak met de dokter, het ziekenhuis of de apotheker.**

# - Inlichtingen over de asielzoeker

Naam: Klik of tik om tekst in te voeren.

Voornaam: Klik of tik om tekst in te voeren.

OV Nummer – RRN : Klik of tik om tekst in te voeren.

geboortedatum: Klik of tik om tekst in te voeren.

telefoonnummer: Klik of tik om tekst in te voeren.

## Indien een kind , nationaal registratienummer van de ouders: Klik of tik om tekst in te voeren.

1. **– Inlichtingen over dokter /ziekenhuis / apotheek**

Naam van de zorginstelling/ apotheek: Klik of tik om tekst in te voeren.

Naam dokter / dienst: Klik of tik om tekst in te voeren.

Datum afspraak: Klik of tik om tekst in te voeren.

Telefoonnummer: Klik of tik om tekst in te voeren.

1. **– Verzendingswijze requisitorium (Het requisitorium zal verstuurd worden naar e-mail adres )**

E-mail adres : Klik of tik om tekst in te voeren.

## 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**

**Dienst procesbeheer Kartuizerstraat 21**

**1000 Brussel**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENGLISH****1. Information about the asylum seeker** | **ESPANOL****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 **yşر>** **وءş¹¹ا** **ب¹¹ط** **ول⁄** **ت¹aو¹la** |
| Family name | Apellido | Prezime | Mbiemri | Фамилия | ب¾²²ا |
| Name | Nombre | Ime | Emri | Имя | م~6ا |
| SP/OV number | Número SP/OV | SP/OV broj | Numri SP (Sigurimit Publik) | N° SP/OV | ر¾م ط²ب اç²²وء |
| Birth date | Fecha de nacimiento | Datum rođenja | Data e lindjes | Дата рождения | د”ia²ا ziر¹ä |
| Telephone number | Número telefónico | Broj telefona | Numri i telefonit | Номер телефона | ر¾م اä¹s²ف |
| If the person concerned is underage (-18years old), number of the parent’s nationalregister number | Si la persona tiene menos de 18 años, el número del registro nacional del padre ode 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 ¹²ن ط ل ⁄äت ٨١ ¾:~ ، ا²ر¾ما²وطy: او¹i²ء اaeور |
| **2. Information about the medical institution (hospital, clinic, …)** | **2. Información sobre la institución médica (hospital, clínica,…)** | **2. Informacije o sdravstvenoj ustanovi (bolnica, klinika,…)** | **2. Informacione mbi institucionin medikal (spitali, klinika, …)** | **2.** **Информация о медицинском назначении /****Аптека** | **¹laو¹aت** **⁄ول** **اa¹و>د** **ا¹طyş** **او** **⁄ول****ªş¹دşa¹ا** |
| Name of the medical institution | Nombre de la institución | Ime ustanove | Emri i institucionit medikal | Название МедицинскогоУчреждения/ Аптеки | ¾i¹⁄ر²ا ¾~~ؤa م~أ |
| Name of the doctor | Nombre del medico | Ime doktora | Emri i mjekut | Имя врача / Отделениe | أ~م ا²طişب |
| Date of the consultation | Fecha de la cita | Datum sastanaka | Data e konsultimit | Дата назначения | د⁄و²ا ziر¹ä |
| Telephone number | Número telefónico | Broj telefona | Numri i telefonit | Номер телефона | ر¾م اä¹s²ف |
| **3. Where would you like to receive the Fedasil answer?** | **3. ¿ Dónde queréis recibir la respuesta de Fedasil?** | **3. Gde želite da primite odgovor Fedasila?** | **3. Ku do të donit të mirrni përgjigjen e Fedasil’it ?** | **3.** **Информация об отправкe медицинской заявки (Мы отправим эту медицинскую заявку только на номер факса или адрес электронной почты,****указанный ниже)** | Fedasil Aş¹çiإ مi²~ä دونiرä نiأ |
| Fax number | Número de fax | Broj faxa | Numri Faks | N° Факса | س²¹. م¾ر |
| Email address | Dirección de correoelectrónico | Email adres | E-mail adresa | Ваш aдрес электронной почты | :⁄وان اä²²روy: |

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

**E-mail :** **medic@fedasil.be**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TURKÇE****1. Siğinma basvurusu yapan kisi ile ilgili bilgiler** | **KURDI (tîpê Latînî)****1. Agahî ya sexsê ku serî lê didê** | **SOMALI****1. Macluumaadka ku saabsan codsiga magan galyada** | **FARSI / DARI** **رس¹ ª**اط¹⁄”ت در 9aرد ¹:zھ¹i9çن | **PASHTOU** **/** **وښپ---;****y¹** **ره¹ş** **Ai** **وşھ¹:iد** **ت¹aو¹la** .١ |
| Soyadı: | Pasnav : | Magaca Walidka | .“اد9:¹= م¹: | :ص²=ä |
| Adı: | Nav: | Magacaga | م¹: | :وم |
| SP/OV numarası: | Reqema SP/OV : | Lambarka Faylka | sp/ov ادl⁄ä | sp/ov م--2ری |
| Doğum tarihi: | Tarixa rojbunê: | Taarikhda Dhalashada | l²9ä ziر¹ä | د زiږiدو ¹äرzi |
| Telefon numarası: | Reqema telefunê: | Lambarka Telefonkaga | ý ²ä ره¹a! | رşa: ون ²iä د |
| Eger basvuru sahibi 18 yasindan küçük ise, ebeveynlerinden birininulusal (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 | .:9:¹¾ ý~ 9iز Aط9ş9a د9( 9“اl!¹ş (ل¹~ -٨١)ýil²وا ادl⁄ä | د ~¹ä~و 2¹aوم د¹zره د ”zر او ¹iد aور ارä~çر şa:ر |
| **2. sağlık kurumu ile ilgili bilgiler (hastane, sağlık ocağı, klinik….)** | **2. Agahî ya saziya tenduristîyê (xestexane, qlînîk...)** | **2. Macluumaadka ku saabsan ballanta daaweynta/farmashiyaha** | A~~ ء9a رد9a در ت¹⁄”اط ه¹“:¹aدر - ن¹ä~ر¹aiş ) .“!ýz( | **A:¹=¹ª÷** **،** **ر;¹د** **د** **ت¹aو¹la** **.٢** **y¹** **ره¹ş** **Ai** **ون;¹aدر** **¹ş** |
| Sağlık kurumunun adı: | Navê saziya tendurustîyê: | Magaca rugta daryeelka/Farmashiyaha | .“!ýz A~~ ء9a م¹: | وم: A:¹=دوا ¹i A:¹=¹ 2 د |
| Doktorun adı: | Navê tixtor: | Magaca dhakhtar/Adeegga | 9ä²د م¹: | د داä²ر او دA= =şش :وم |
| Konsultasyon tarihi : | Tarixa randevûyê: | Taariikhda ballanka | وره¹6a ziر¹ä | Aäi: راکz~.ا د |
| Telefon numarası: | Reqema telefunê: | Lambarka Telefonka | ý ²ä ره¹a! | رşa: ون ²iä د |
| **3. Fedasil cevabı nereye göndersin?** | **3. Fedasil bersiva xwe bisîne kêrê?** | **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)** | را Siازl( z~¹z liاھ9=ia ¹ç²li:² ÷(¹iدر | **٣.** **د** **در=واy;n** **د** **ªş¹و¹و****روش**:Az ږیi² لiª² .ä~وا= در |
| Fax numarası: | Reqema fax’ê: | Lambar fax ah | ç²( ره¹a! | E-mailadres |
| E-mail adresi: | Edresa e-maile’ê: | Cinwaanka emailka | ادرس اSiai |  |

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

**E-mail :** **medic@fedasil.be**