

Annexe 3 (recto)

# **Rapport de motivation pour la demande d'une aide à la mobilité et/ou adaptations**

(Annexe 1 de l’Arrêté du Gouvernement Wallon du 11 avril 2019 établissant la nomenclature des prestations et interventions visée à l’article 43/7, 1°, du Code de l’Action sociale et de la Santé et à l’article 10/8 du Code réglementaire Wallon de l’Action Sociale et de la Santé)

#### Identification du bénéficiaire

*A compléter par le bénéficiaire ou apposer une vignette de la mutualité*

|  |  |
| --- | --- |
| Nom en prénom du bénéficiaire |  |
| Date de naissance |  |
| Numéro de registre national |  |
| Adresse |  |
| Mutualité |  |
| Numéro d’inscription |  |
| Le bénéficiaire séjourne à l’adresse suivante (remplir si différente du domicile) |

# *A compléter par le dispensateur de soins.*

#### Typologie générale de l’aide à la mobilité (version de base)

Ce rapport de motivation est établi pour

(nom et prénom du bénéficiaire)

|  |  |
| --- | --- |
| Groupe principal: |  |
| Sous-groupe: |  |
| Numéro NPS: |  |
| Motivation : |  |

#### Typologie générale des adaptations

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Numéro NPS** | **Motivation** |
| **Membres inférieurs** |  |  |
| **Membres supérieurs** |  |  |

 **Annexe 3 (verso)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Numéro NPS** | **Motivation** |
| **Positionnement****(siège-dossier)** |  |  |
| **Sécurité** |  |  |
| **Conduite/propulsion** |  |  |
| **Adaptations spécifiques** |  |  |

#### Sur-mesure

|  |
| --- |
| * Ce rapport de motivation concerne une (des) prestation(s) sur-mesure

Motivation |

#### Identitification du dispensateur de soins agréé pour la délivrance d’aides à la mobilité

Le présent avis est formulé par :

|  |  |
| --- | --- |
| Dispensateur de soins agréé | NomNuméro d’identification |
| Date | Signature |