

**Formulaire de DEMANDE pour REQUISITOIRE**

**Important** : Si vous avez besoin d’un réquisitoire pour assurer le payement de soins médicaux ou de médicaments ce formulaire doit être complété en **lettres majuscules** et envoyé par e-mail à l’adresse suivante : [medic@fedasil.be,](mailto:medic@fedasil.be,%20) **avant votre rendez-vous avec le médecin ou pharmacien.**

# - Renseignements concernant le demandeur d’asile

Nom : Cliquez ici pour taper du texte.

Prénom : Cliquez ici pour taper du texte.

N°SP / RRN : Cliquez ici pour taper du texte.

Date de naissance : Cliquez ici pour taper du texte.

N° de téléphone : Cliquez ici pour taper du texte.

**S’il s’agit d’un enfant n° de registre national du parent *:*** Cliquez ici pour taper du texte.

# – Renseignements concernant le rendez-vous médical / pharmacie

Nom de l’institution des soins / pharmacie : Cliquez ici pour taper du texte.

Nom du médecin / service : Cliquez ici pour taper du texte.

Date du rendez-vous : Cliquez ici pour taper du texte.

N° de téléphone : Cliquez ici pour taper du texte.

1. **– Renseignements concernant l’envoi du réquisitoire (Nous enverrons ce réquisitoire uniquement au n° de fax ou à l’adresse e-mail communiqué ci-dessous)**

Adresse e-mail : Cliquez ici pour taper du texte.

## Permanence téléphonique du lundi au vendredi de 09h00 – 12h00 Tél. FR : 02/213.43.25 – NL : 02/213.43.00

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

**Service Gestion de Processus Kartuizerstraat – Rue des Chartreux 21 1000 Brussel/Bruxelles**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 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 ¹²ن ط ل ⁄äت ٨١ ¾:~ ، ا²ر¾م  ا²وطy: 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 Медицинского  Учреждения/ 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 correo  electrónico | 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**](mailto: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 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 | .:9:¹¾ ý~ 9iز Aط9ş9a د9( 9“ا  l!¹ş (ل¹~ -٨١)  ýil²وا ادl⁄ä | د ~¹ä~و 2¹aوم د¹zره د ”zر او ¹i  د 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 ¹ç²  li: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**](mailto:medic@fedasil.be)