



Aanvraag tegemoetkoming voor chronisch zieken, gehandicapten en ouderen

Sociale Zaken en Werk

1 Aanvraag

Ik doe de aanvraag voor mijzelf mijn partner mijn kind(eren)

2 Persoonsgegevens

Burgerservicenummer (Verplicht invullen! Vroeger was dit het Sofinumner)

Naam

Woonadres

Postcode / woonplaats

Telefoonnummer Mobiel nummer

3 Persoonsgegevens partner

Burgerservicenummer (Verplicht invullen! Vroeger was dit het Sofinumner)

Naam

Telefoonnummer Mobiel nummer

4 Kinderen

Ik vraag / wij vragen aan voor thuiswonend(e) minderjarig(e) kind(eren) Ja, vul gegevens in Nee/h.v.t., ga naar 5

Voornaam kind 1 Burgerservicenummer

Voornaam kind 2 Burgerservicenummer

Voornaam kind3 Burgerservicenummer

5 Beoordeling

Geef hieronder aan welke punten van toepassing zijn en voor wie dit geldt. Leest u ook de toelichting in de folder of op het internet.

	Uzelf	Partner	Kind 1	Kind 2	Kind 3
a. De leeftijd is 65 jaar of ouder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
b. In 2009 wordt minstens zes maanden gebruik gemaakt van een WMO- en/of een WVG voorziening	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. In 2009 wordt minstens zes maanden gebruik gemaakt van een voorziening op grond van de AWBZ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. In 2009 wordt gebruik gemaakt van een parkeerkaart of parkeerplaats voor gehandicapten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. In 2009 is een tegemoetkoming ontvangen op grond van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. In 2009 wordt minstens zes maanden bijzondere bijstand ontvangen in verband met een chronische ziekte of handicap	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Met een medicijnenlijst, een diabetespaspoort of eigen verklaring kan worden aangetoond dat er sprake is van een chronische ziekte of handicap	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6 Inkomsten en vermogen

Mijn /ons netto inkomen over november 2009 was niet hoger dan het vermelde bedrag dat in de toelichting staat (zie de folder op het internet

Ja

Nee, het inkomen was hoger

Mijn /ons vermogen is hoger dan het vermelde bedrag dat in de toelichting staat (zie de folder of het internet)

Ja

Nee, het vermogen was hoger

7 Betaling

De tegemoetkoming betalen op

mijn rekening

rekening partner

rekeningnummer

8 Bewijsstukken

Zonder de juiste bewijsstukken kan het recht niet worden vastgesteld. U kunt hiervoor kopieën meesturen. Kruist u aan welke stukken u meestuurt

- Geldig legitimatiebewijs van mijzelf (*geen rijbewijs*)
- Geldig legitimatiebewijs van mijn partner (*geen rijbewijs*)
- Toekenningsbeschikking (bij vraag 5b, 5c, 5d en 5e)
- Diabetespaspoort (bij vraag 5g)
- Medicijnenlijst (bij vraag 5g)
- Eigen verklaring inzake chronische ziekte of handicap (bij vraag 5g)
- Specificatie van mijn inkomen over november 2009
- Specificatie van mijn partners inkomen over november 2009
- De laatste bankafschriften van alle rekening van mezelf
- De laatste bankafschriften van alle rekening van mijn partner
- Bewijsstukken van schulden van mezelf en/of mijn partner

9 Verklaring en ondertekening

Ik verklaar / wij verklaren dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld en niets te hebben verzwegen dat invloed zou kunnen hebben op het recht op een tegemoetkoming.

Ik ben / wij zijn er mee bekend dat het onjuist, onvolledig dan wel vals invullen van dit formulier kan leiden tot strafrechtelijke vervolging. Ten onrechte verstrekte tegemoetkoming wordt teruggevorderd.

Ik weet / wij weten dat de verstrekte gegevens worden gecontroleerd bij derden, waaronder de Belastingdienst, en dat deze gegevens worden opgenomen in de geautomatiseerde administratie van de dienst SOZAWE

Datum

Handtekening uzelf

Handtekening partner