

AANVRAAGFORMULIER WET MAATSCHAPPELIJKE ONDERSTEUNING

In te vullen door de gemeente

Datum melding	
Datum ontvangst	
Registratienummer	
Aanvraagnummer	

In te vullen door aanvrager

Achternaam (+meisjesnaam)		M/V
Voorna(a)m(en) n voluit		
Adres		
Postcode en woonplaats		
Geboortedatum		
Telefoon		
Naam partner (geboortenaam)		M/V
Voorletters		
Geboortedatum		
Correspondentieadres. Naam		
Straat en huisnummer		
Postcode en plaats		
Bent u woonachtig in AWBZ instelling	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Verpleeghuis <input type="checkbox"/> Verzorgingshuis <input type="checkbox"/> Gezinsvervangendtehuis <input type="checkbox"/> Anders, namelijk	
Indicatie voor opname in AWBZ-instelling	Ja / Nee *	
Huidige woonruimte	<input type="checkbox"/> eengezinswoning met / zonder* trappen <input type="checkbox"/> senior- / bejaardenwoning* <input type="checkbox"/> woonwagen / woonschip / binnenschip* <input type="checkbox"/> flat met / zonder lift* <input type="checkbox"/> flat ten behoeve van ouderen <input type="checkbox"/> éénkamerwoning <input type="checkbox"/>	
Eigenaar van de woonruimte	<input type="checkbox"/> aanvrager <input type="checkbox"/> partner van aanvrager <input type="checkbox"/> woningcorporatie, nl.:	

Gezinssamenstelling	<input type="checkbox"/> alleenstaand <input type="checkbox"/> gehuwd / samenwonend * <input type="checkbox"/> weduw(e)(naar) <input type="checkbox"/> wel / geen* kinderen <input type="checkbox"/> wel / geen* inwonende kinderen <input type="checkbox"/> Woonachtig in een zorginstelling
Huisarts	Naam / Telefoon
Specialist	Naam / Telefoon
Naam zorgverzekeraar:	
Polisnummer:	

Voor welke voorziening wordt de aanvraag ingediend?	
<input type="checkbox"/> Woonvoorziening	
<input type="checkbox"/> Vervoersvoorziening	
<input type="checkbox"/> Rolstoel	
<input type="checkbox"/> Huishoudelijke verzorging	
Maakt u al gebruik van een voorziening?	Ja / Nee
Zo ja, welke voorziening(en)	
Toestemming m.b.t. onderzoek Individuele voorzieningen	Aanvrager gaat akkoord met het opvragen van medische informatie die direct relevant is voor het advies van het gemeentebestuur. Ja/nee

Omschrijf de problemen waarom u voor voorziening(en) in aanmerking wenst te komen:	
Sinds wanneer ervaart u deze problemen?	

Huishoudelijke verzorging	
Heeft de aanvraag betrekking op huishoudelijke verzorging?	Ja/nee Indien ja, vul de onderstaande vragen in.

Is eerder een aanvraag gedaan bij een indicatieorgaan	Ja/nee Indien ja, wat is de datum van het laatste besluit?	
Maakt u nu gebruik van huishoudelijke verzorging?	Ja/nee. Indien ja, omschrijf hoeveel uur huishoudelijke verzorging.	
Maakt een ander persoon uit het huishouden gebruik van zorg?	Ja/nee Indien ja, omschrijf hoeveel uur huishoudelijke verzorging.	

Omvang	Hoeveel uur huishoudelijke verzorging is er nodig; 0 aanvrager weet dit nog niet; 0 aanvrager noemt als "omvang"uren voor:	
Reden	Wat is de reden van de vraag?	Bijvoorbeeld: ziekte, stoornis, beperkingen. Verandering in ziekte, stoornis, beperking. Verandering in woon- of leefsituatie. Verandering in informele zorg

Bijzonderheden		
Aanvangstijdstip.	Wanneer moet de gevraagde huishoudelijke verzorging starten? datum:	Toelichting:
Verwachte duur.	Is de verwachte duur van zorggebruik bekend: 0 niet bekend / wel bekend: o Minder dan drie maanden o tussen drie en zes maanden o Tussen zes maanden en een jaar o Langer dan een jaar o Onbepaalde tijd ("altijd")	Toelichting (bijvoorbeeld precieze aanduiding van de verwachte duur)
Pgb of naturazorg:	In welke vorm wilt u zorg ontvangen: niet bekend / wel bekend. Indien bekend: o Zorg in natura o Persoonsgebonden budget	Toelichting:

Voorkeur voor aanbieder (bij naturazorg):	Indien u kiest voor naturazorg: is er dan voorkeur voor een zorgaanbieder? Geen voorkeur / wel voorkeur, namelijk:	Toelichting:
--	--	---------------------

Andere voorzieningen binnen de Wmo

Is de aanvraag gericht op: Woonvoorzieningen; Vervoersvoorzieningen; Rolstoelen:	Nee/ ja, Indien ja, vul de onderstaande vragen in.	
Is er eerder een aanvraag voor deze voorzieningen gedaan?	Nee/ ja, indien ja, wat is de datum van het laatste besluit	
Maakt aanvrager nu gebruik van een of meerdere voorzieningen?	Nee/ ja, Indien ja, geef aan welke voorziening(en) dat is(zijn): o rolstoel o vervoersvoorziening o woonvoorziening o woningaanpassing o woningsanering o kosten noodzakelijke verhuizing o	Eventuele toelichting:

Rolstoelvoorziening	Heeft de aanvraag betrekking op een rolstoel? Nee/ ja. Indien ja, o rolstoel handbewogen o rolstoel elektronisch o sportrolstoel o aanpassing van huidige rolstoel	Toelichting: Rolstoel is bestemd voor: gebruik binnen huis, gebruik binnen en buitenshuis Sportrolstoel is bestemd voor: (welke sport)
Vervoersvoorziening	Heeft de aanvraag betrekking op vervoer? Nee/ja. Indien ja, o collectieve vervoersvoorziening o individuele tegemoetkomingen o voorzieningen in natura	Eventuele toelichting:
woonvoorziening	Heeft de aanvraag betrekking op wonen? Nee/ ja. Indien ja, o niet-bouwkundige voorziening o woningaanpassing o woningsanering o kosten noodzakelijke verhuizing	Toelichting: Wat is het adres van de huidige woning/ andere woning: straat Postcode/woonplaats
Reden	Wat is de reden van de vraag?	Vrager heeft medische verklaring bijgevoegd: Nee/ Ja
Verwachte duur.	Is de verwachte duur van gebruik bekend: niet bekend/ wel bekend : o Kortere dan zes maanden o Tussen zes maanden en een jaar o Langer dan een jaar o Onbepaalde tijd ("altijd")	Eventuele toelichting of precieze aanduiding van verwachte duur

* doorhalen wat niet van toepassing is

Sofinummer		
Bank- of gironummer		
Belastbaar inkomen 1		
Datum		
Plaats		
Handtekening Aanvrager(ster) gemachtigde/verzorger		
Naam/adres verzorger/gemachtigde van aanvrager(ster)		

** doorhalen wat niet van toepassing is*