

## Aanvraagformulier financiële bijdrage voor inwoners met een chronische ziekte of een handicap



Met dit formulier vraagt u een bijdrage aan van € 300,- voor het eigen risico van de zorgkosten en een eenmalige tegemoetkoming van € 70,-. U moet daarvoor voldoen aan de volgende voorwaarden:

- U bent een inwoner van Doesburg.
- U heeft een chronische ziekte of een handicap.
- **Uw (gezamenlijk) inkomen is niet hoger dan 130% van het minimuminkomen. Zie daarvoor de tabel op de achterzijde. Heeft u alleen uitkering of AOW dan hoeft u alleen een inkomensverklaring IB60 als bewijsstuk mee te sturen. Bij echtparen dient u twee inkomensverklaringen mee te sturen. Dit kunt u via de Belastingtelefoon (0800-0543) aanvragen. Indien er sprake is van inkomen naast de AOW of uitkering, bijvoorbeeld een aanvullend pensioen, dan bewijsstuk(ken) van het netto inkomen meesturen ( bv. bankafschrift, specificatie netto pensioen).**

Bent u inwoner van Doesburg en heeft u een chronische ziekte of een handicap, maar is uw inkomen hoger? Dan kunt u met dit formulier de eenmalige bijdrage van € 70,- aanvragen.

Om de bijdrage aan te vragen moet u dit formulier helemaal invullen, ondertekenen en terugsturen naar de gemeente. Inclusief de gevraagde bewijsstukken. Aanvragen kan tot en met uiterlijk 31 december 2016.

Persoonsgegevens	
Naam en voorletters	
Geboortedatum	
Burgerservicenummer (BSN)	
Straat en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer	
Rekeningnummer (IBAN)	
Beantwoordt u een of meer van onderstaande vragen met ja, wilt u daar dan een bewijsstuk van bijvoegen. (Als u meerdere vragen met ja heeft beantwoord is 1 bewijsstuk voldoende.)	
Heeft u een verklaring van een huisarts of specialist dat er sprake is van een chronische ziekte of beperking?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Is er sprake van 80 – 100% arbeidsongeschiktheid?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Maakt u gebruik van een Wmo voorziening?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heeft u een indicatie WLZ (Wet Langdurige Zorg).	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heeft u langdurige thuiszorg door een handicap of chronische ziekte?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Krijgt u een tegemoetkoming van de regeling onderhoudskosten thuiswonende meervoudig- en ernstig gehandicapte kinderen (TOG)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heeft u een parkeerkaart gehandicapten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heeft u een (privé) parkeerplaats gehandicapten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Verklaring	
Dit formulier is volledig en naar waarheid ingevuld.	
Ondertekening	
Datum:	Plaats:
Naam	Handtekening

**Tabel: 130% van het sociaal minimum (per 1 juli 2016) - netto per maand.**

<b>Leefsituatie</b>	<b>Inkomen per maand (130% van het sociaal minimum)</b>
<input type="checkbox"/> alleenstaande vanaf 21 jaar of ouder tot pensioengerechtigde leeftijd	€ 1.206,78
<input type="checkbox"/> alleenstaande ouder vanaf 21 jaar of ouder tot pensioengerechtigde leeftijd	€ 1.206,78
<input type="checkbox"/> gehuwden, samenwonenden tot pensioengerechtigde leeftijd	€ 1.723,97
<input type="checkbox"/> alleenstaande of alleenstaande ouder vanaf pensioengerechtigde leeftijd	€ 1.356,42
<input type="checkbox"/> gehuwden pensioengerechtigden	€ 1.851,95