

Secretariaat: Garderen. Postadres: Postbus 33, 3886 ZG Garderen.

Telefoon (0577) 461 351 Fax (0577) 461 300 E-mail info@lichthoeve.nl [www.lichthoeve.nl](http://www.lichthoeve.nl/)

Aanvraagformulier

[ ] M [ ] V \*

**Naam** (gehandicapte):

Adres: Postcode en Woonplaats:

Telefoon: Sofinummer: Geboortedatum:

Beroep of dagbesteding:

Bank-/Postbanknummer:

**Soort handicap:**

FORMULIER (HUIS)ARTS MEEZENDEN:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ontvangt Aanvullende Bijzonder Bijstand | [ ] NEE | [ ] | JA bedrag: € |
| Ontvangt vergoeding WVG | [ ] NEE | [ ] | JA bedrag: € |
| Ontvangt Letselschade-uitkering | [ ] NEE | [ ] | JA bedrag: € |
| Waarvoor: |  |  |  |

\* [x] AANKRUISEN WAT VAN TOEPASSING IS

Netto inkomen **per maand:** €

Vakantietoeslag netto **per jaar:** €

[ ] AAW [ ] ANW [ ] WAO [ ] BIJSTAND [ ] LOON [ ] WW [ ] PENSIOEN/AOW [ ] WA Jong [ ] WAZ

[ ] ANDERS

 Adres:

 Postcode / Plaats:

[ ] **Woont in zorginstelling**

 Naam instelling:

waarvan gehandicapt:

Aantal kinderen:

[ ] **Woont samen**

Naam partner:

Naam ouders / verzorgers:

 Adres:

 Postcode / Plaats:

 Beroep:

 Telefoon:

[ ] Alleen in weekenden en vakanties

[ ] Altijd

[ ] **Woont bij ouders**

[ ] **Woont zelfstandig**

**Woonsituatie**

**Financiële situatie**

Netto inkomen **ouders per maand**: €

[ ] AAW [ ] ANW [ ] WAO [ ] BIJSTAND [ ] LOON [ ] WW [ ] PENSIOEN/AOW [ ] WA Jong [ ] WAZ [ ] ANDERS:

Netto inkomen **partner per maand**: €

[ ] AAW [ ] ANW [ ] WAO [ ] BIJSTAND [ ] LOON [ ] WW [ ] PENSIOEN/AOW [ ] WA Jong [ ] WAZ [ ] ANDERS:

**Vakantiebestemming:**

Periode van:

tot en met:

**Extra kosten vakantie** (invullen wat van toepassing is) **:**

Is hiervoor een financiële bijdrage verkregen? [ ] nee [ ] ja - door welke instantie:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Kosten verblijf (bungalow, pension, hotel, etc.)
 |  |  | € |
| * Begeleiding
 |  |  | € |
| * Vervoerskosten
 |  |  | € |
| * Kosten maaltijden, recreatie e.d.
 |  |  | € |
| * Zakgeld
 |  |  | € |
| * Anders
 |  |  | € |
| Totaal extra kosten |  |  | € |
| Hoeveel van deze kosten kunt u zelf betalen |  |  | € |
|  |  |  |  |
| Heeft u ergens anders ook een bijdrage aangevraagd | [ ] nee [ ] ja | welke: |  |
| Naam instantie / fonds / stichting | Bericht | Resultaat | Bedrag: |
|   | [ ] nee [ ] ja | [ ] Toewijzing [ ] Afwijzing | €  |
|   | [ ] nee [ ] ja | [ ] Toewijzing [ ] Afwijzing | €  |
|   | [ ] nee [ ] ja | [ ] Toewijzing [ ] Afwijzing | €  |
| Wat is uw laatst genoten vakantie? Datum: Waarheen: |  |  |  |

**Bijsluiten: of z.s.m. nasturen:**

* Formulier arts / huisarts • (Definitieve) reservering • Betalingsbewijs (kopie bank/postbank afschrift)
* Kopie salaris specificatie / uitkering • Beschikking W.V.G. • Beschikking Bijstand

Handtekening

Naam

Datum

Plaats

Ondergetekende verklaart bovenstaande naar waarheid te hebben ingevuld en heeft geen bezwaar tegen controle van de

gegevens bij andere instanties.

**Ruimte voor overige informatie**

[Telefoon (0577) 461 351 Fax (0577) 461 300]

**Formulier na invulling retour zenden:**

**St. De Lichthoeve, Postbus 33, 3886 ZG Garderen**

**A L L E E N I N T E V U L L E N D O O R S T I C H T I N G D E L I C H T H O E V E**

Ontvangen d.d.: Bestuur d.d.: Antwoord d.d.: Overgemaakt d.d.:

Archief d.d.:

Toegekend: Paraaf voor accoord: Niet toegekend:

## Niet volledig ingevulde formulieren worden niet in behandeling genomen



Secretariaat: Garderen. Postadres: Postbus 33, 3886 ZG Garderen. Telefoon (0577) 461 351 Fax (0577) 461 300 E-mail info@lichthoeve.nl

**IN TE VULLEN DOOR HUISARTS**

# Naam huisarts: Telefoonnummer:

**Naam patiënt: Geboortedatum: Medische indicatie:**

Plaats Datum Handtekening