



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

Aanvraagformulier

Naam (gehandicapte):

M V

Adres:

Postcode en Woonplaats:

Telefoon:

E-mail:

Burgerservicenummer:

Geboortedatum:

Beroep of dagbesteding:

IBAN nummer:

Soort handicap:

FORMULIER (HUIS)ARTS MEEZENDEN!

Netto inkomen **per maand**: €

Vakantietoeslag netto **per jaar**: €

ANW WAO BIJSTAND/PW LOON WW AOW PENSIOEN WA JONG

ANDERS

Ontvangt PGB / Zorg in natura

NEE

JA bedrag: €

Ontvangt Aanvullende Bijzondere Bijstand

NEE

JA bedrag: €

Ontvangt vergoeding WVG / WMO

NEE

JA bedrag: €

Ontvangt Letselschade-uitkering

NEE

JA bedrag: €

Waarvoor:

Woonsituatie

Woont zelfstandig (Zie adres voorblad)

Woont bij ouders **Altijd** **Alleen in weekenden en vakanties**

Naam ouders / verzorgers: _____

Adres: _____

Postcode / Plaats: _____

Beroep: _____

Telefoon: _____

Woont samen

Naam partner: _____

Aantal kinderen: _____ waarvan gehandicapt: _____

Woont in zorginstelling

Naam instelling: _____

*Naam contactpersoon: _____ Telefoon: _____

Adres: _____

Postcode / Plaats: _____

*INDIEN VAN TOEPASSING

Financiële situatie

Netto inkomen **ouders per maand**: € _____

ANW WAO BIJSTAND/PW LOON WW AOW PENSIOEN WA JONG

ANDERS _____

Netto inkomen **partner per maand**: € _____

ANW WAO BIJSTAND/PW LOON WW AOW PENSIOEN WA JONG

ANDERS _____

Vakantiebestemming

Bestemming: _____

Periode van: _____ tot en met: _____

Extra kosten vakantie (invullen wat van toepassing is)

• 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:
_____	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Toewijzing <input type="checkbox"/> Afwijzing	€ _____
_____	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Toewijzing <input type="checkbox"/> Afwijzing	€ _____
_____	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Toewijzing <input type="checkbox"/> Afwijzing	€ _____

HEEFT U ERGENS ANDERS EEN BIJDRAGE AANGEVRAAGD? STUUR DAN EEN KOPIE TOEZEGGING / AFWIJZING MEE!

Wat is uw laatst genoten vakantie? Datum: _____ Bestemming: _____

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

Bijsluiten of z.s.m. nasturen:

- Formulier arts / huisarts • Factuur van de vakantie • Betalingsbewijs (kopie bankafschrift met NAW gegevens)
- Recente kopie salaris- / uitkeringsspecificatie • Beschikking PGB • Beschikking Bijstand / PW

ZONDER DEZE GEGEVENS KUNNEN WIJ DE AANVRAAG NIET IN BEHANDELING NEMEN. HET BETALINGSBEWIJS MAG LATER WORDEN NAGESTUURD.

Ondergetekende verklaart bovenstaande naar waarheid te hebben ingevuld en heeft geen bezwaar tegen controle van de gegevens bij andere instanties. Daarnaast geeft ondergetekende toestemming dat Stichting de Lichthoeve de ingevulde gegevens verwerkt. Na akkoord hierop kan de aanvraag in behandeling worden genomen.

Plaats: _____ Datum: _____ Naam: _____

Handtekening: _____

Ruimte voor informatie

Gegevens bewindvoering / curator

(Indien van toepassing beschikking van de rechtbank meesturen)

(Bedrijfs)naam: _____

T.a.v.: _____

Adres: _____

Postcode + Plaats: _____

Telefoon: _____

E-mail: _____

Formulier na invulling retour zenden:

Stichting de Lichthoeve, Postbus 33, 3886 ZG Garderen

ALLEN IN TE VULLEN DOOR STICHTING DE LICHTHOEVE

Ontvangen d.d.: _____

Bestuur d.d.: _____

Antwoord d.d.: _____

Overgemaakt d.d.: _____

Archief d.d.: _____

Toegekend: _____

Paraaf voor akkoord: _____

Niet toegekend: _____



Niet volledig ingevulde formulieren worden niet in behandeling genomen!



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

IN TE VULLEN DOOR HUISARTS

Naam huisarts: _____ **Telefoon:** _____

Naam patiënt: _____ **Geboortedatum:** _____

Medische indicatie: _____
(Aard van de handicap)

Plaats

Datum

Handtekening / Stempel