



Niet invullen!

Paraaf behandelaar: \_\_\_\_\_

Datum afgifte formulier: | | | | | | | | | |

Identiteitsnummer: \_\_\_\_\_

Datum ontvangst formulier: | | | | | | | | | |

Nummer aanvraag: \_\_\_\_\_

## Aanvraag- en inlichtingenformulier Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

### Persoonsgegevens

Aanvrager

Partner

Achternaam: \_\_\_\_\_  m  v \_\_\_\_\_  m  v

Voorvoegsels: \_\_\_\_\_

Voornamen (eerste voluit): \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Huidig adres: \_\_\_\_\_

Postcode en Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Burgerservicenummer: \_\_\_\_\_

Soort en nr. identiteitsbewijs: \_\_\_\_\_  
(kopie bijvoegen)

Burgerlijke staat:  gehuwd / geregistreerd partner / samenwonend

ongehuwd

gescheiden

weduw(e)(naar)

### Woonsituatie

In welk type woning woont u?  eengezinswoning  aanleunwoning

flat- of etagewoning  woonwagen

bejaardenwoning  woonschip

Woont u in een AWBZ-instelling?  gezinsvervangend tehuis  verpleeghuis

beschermde woonvorm  psychiatrisch ziekenhuis

anders \_\_\_\_\_

Vanaf wanneer woont u daar? \_\_\_\_\_

Andere inwonenden: Naam en voorletters      Geboortedatum      Relatie tot aanvrager

(Niet invullen als u in een AWBZ instelling woont) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Gegevens ouder(s)/verzorger(s)/wettelijk  
vertegenwoordiger, contactpersoon of  
gemachtigde van de aanvrager** (indien van toepassing)

Achternaam en voornamen (eerste voluit): \_\_\_\_\_ m v

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Huidig adres: \_\_\_\_\_

Postcode en Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer overdag: \_\_\_\_\_

Burgerservicenummer: \_\_\_\_\_

Relatie tot aanvrager: \_\_\_\_\_

**Machtiging** Aanvrager verklaart bovengenoemd persoon te machtigen om namens hem/haar te handelen inzake deze aanvraag.

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening aanvrager: \_\_\_\_\_

Wilt u dat naar de gemachtigde alle post wordt verzonden, als verzendadres. Dan kunt u dit vakje aankruisen.

**Andere voorzieningen**

Ontving/ontvangt\* u al (een) AWBZ  
voorziening(en) zoals bijv. persoonlijke  
verzorging, verpleging, behandeling,  
activerende-of ondersteunende begeleiding? nee ja, te weten \_\_\_\_\_  
(Bij aanvraag voor Huishoudelijke Hulp kopie bijvoegen)

Indien de voorziening is beëindigd,  
wat is daarvan dan de reden? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ontving/ontvangt\* u nog (een) andere  
voorziening(en)? nee ja, te weten \_\_\_\_\_

Indien de voorziening is beëindigd,  
wat is daarvan dan de reden? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medische gegevens/aard  
van de beperking**

Datum aanvang beperking \_\_\_\_\_

Wat is de aard van de beperking? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Naam van de ziekte of beperking \_\_\_\_\_  
Eventuele toelichting \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Gegevens huisarts/specialist/  
ziektekostenverzekeraar**

Naam huisarts: \_\_\_\_\_

Huidig adres: \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats huisarts: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer huisarts: \_\_\_\_\_

Naam specialist: \_\_\_\_\_

Huidig adres specialist: \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats specialist: \_\_\_\_\_

Soort specialist: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer specialist: \_\_\_\_\_

Ziektekostenverzekeraar: \_\_\_\_\_

Polisnr. Ziektekostenverzekering: \_\_\_\_\_

**Soort voorziening**

- Aan te vragen voorziening betreft  huishoudelijke hulp  
(invoegeblad toevoegen)  woonvoorziening  
 vervoersvoorziening  
 rolstoelvoorziening

**Gegevens over uw inkomen**

Uw verzamel-inkomen is € \_\_\_\_\_

Het peiljaar is \_\_\_\_\_

**Uitbetalingsgegevens**

De vergoeding kan worden uitbetaald op  bankrekening \_\_\_\_\_ t.n.v. \_\_\_\_\_

## Verklaring

Ondergetekende(n) verklaart/verklaren:

- Dat de op dit formulier ingevulde gegevens overeenkomstig de waarheid zijn verstrekt en dat geen omstandigheden zijn verzwegen die ertoe hadden kunnen leiden dat er geen voorziening of een andere voorziening zou zijn verstrekt;
- Er geen bezwaar tegen te hebben dat een arts de door de medisch adviseur van de Dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid Noardwest Fryslân gevraagde gegevens verstrekt aan de Dienst;
- Toestemming te verlenen aan een extern adviesorgaan alle over hem/haar door de Dienst gevraagde gegevens aan de Dienst te verstrekken;
- Ervan op de hoogte te zijn dat een besluit tot het verlenen van een voorziening kan worden ingetrokken als:
  - a. Niet is voldaan aan de voorwaarden die zijn gesteld in de Verordening maatschappelijke ondersteuning en het Besluit maatschappelijke ondersteuning van de Dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid Noardwest Fryslân.
  - b. Op grond van de verstrekte gegevens, een beslissing is genomen waarvan later is gebleken, dat deze onjuist waren.
  - c. Een financiële tegemoetkoming niet binnen 6 maanden na uitbetaling is gebruikt voor bekostiging van de voorziening(en).
- Ervan op de hoogte te zijn dat hij/zij zich bij onjuiste opgave van gegevens blootstelt/blootstellen aan strafrechtelijke vervolging en terugvordering van de voorziening;
- Bekend te zijn met de verplichting om aan het bestuur van de Dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid Noardwest Fryslân altijd alle feiten en omstandigheden mede te delen waarvan redelijkerwijs te vermoeden is dat zij van invloed kunnen zijn op het verstrekken van voorziening(en) op grond van de Wmo;
- Ervan op de hoogte te zijn dat de verstrekte gegevens door de Dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid Noardwest Fryslân worden opgenomen in een persoonsregistratie met inachtneming van de Wet bescherming persoonsgegevens.

## Ondertekening

Plaatsnaam \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Handtekening aanvrager/aanvraagster

Handtekening echtgeno(o)t(e)/partner

Handtekening wettelijk vertegenwoordiger/contactpersoon/gemachtigde

## Informatie over invulling of verdere behandeling

Heeft u vragen over het invullen van dit formulier of over verdere behandeling van uw aanvraag, dan kunt u op werkdagen tussen 9 en 12 uur bellen met het Wmo-loket van de Dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid Noardwest Fryslân telefoonnummer 0517 - 380 200.

**Dit formulier volledig ingevuld**, met invoegbladen en ondertekend terugsturen naar: Dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid Noardwest Fryslân, Postbus 524 8800 AM Franeker.