



Dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid  
Noardwest Fryslân

Niet invullen!

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

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

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

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

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

## Verkort aanvraagformulier Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

### Persoonsgegevens

#### Aanvrager

#### Partner

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

\_\_\_\_\_ m v

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Geboortedatum: | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Burgerservicenummer (Sofinummer): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 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: \_\_\_\_\_

Burgerservicenummer (Sofinummer): \_\_\_\_\_

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

### Machtiging

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

Datum: | | | | | | | | | |

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

### Soort voorziening

- Rolstoel
- Hulp bij het huishouden
- Woonvoorziening
- Vervoersvoorziening

**Betreft**  Verlenging

Aanpassing

Uitbreiding

Anders, te weten \_\_\_\_\_

Toelichting \_\_\_\_\_

### 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 het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ) 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 \_\_\_\_\_

Dit formulier volledig ingevuld en ondertekend terugsturen naar: Dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid Noardwest Fryslân, Postbus 524 8800 AM Franeker of inleveren bij het dienstverleningsloket in de gemeente van de aanvrager.