



Stichting Fonds GezondheidsNoden

Aanvraag voor financiële ondersteuning

Voorwaarden voor een geldige aanvraag bij Stichting Fonds GezondheidsNoden (FGN):

- Steunvrager dient woonachtig te zijn in de gemeente Epe;
- Steunvrager kan nergens anders meer terecht voor de kosten die worden verwacht voor (medische) zorg en/of zorgmiddelen;
- De aanvraag dient volledig te zijn ingevuld en ondertekend door de steunvrager.

Gegevens verwijzer

Naam Dhr./Mw.* : _____
Functie : _____
E-mailadres : _____
Telefoonnr. : _____

Gegevens aanvrager

Naam Dhr./Mw.* : _____
Voorletter(s) : _____
Adres : _____
PC / Plaats : _____
E-mailadres : _____
Telefoonnr. : _____

** Doorhalen wat niet van toepassing is.*

Voor wie wordt steun aangevraagd?

Geef uw keuze aan en vul de aanvullende gevraagde informatie in.

- mijzelf, de aanvrager Geboortedatum : _____
- partner van aanvrager Voorletter(s), Naam Dhr./Mw.* : _____
Geboortedatum : _____
- kind(eren) van aanvrager Voorletter(s), Naam Dhr./Mw.* : _____
Geboortedatum : _____
Voorletter(s), Naam Dhr./Mw.* : _____
Geboortedatum : _____
- iemand anders waar ik voor zorg Soort relatie met aanvrager : _____
Voorletter(s), Naam Dhr./Mw.* : _____
Geboortedatum : _____

** Doorhalen wat niet van toepassing is.*

Wat heeft u nodig?

Omschrijf uw aanvraag kort en duidelijk met opgave van de te verwachten kosten.



Stichting Fonds GezondheidsNoden

Persoonlijke situatie steunvragers

Vragen met betrekking tot de persoonlijke situatie zijn nodig om vast te stellen of uw aanvraag voor een bijdrage van FGN in aanmerking komt.

Naam van uw zorgverzekeraar _____ :

	Ja	Nee
Bent u aanvullend verzekerd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u een tandartsverzekering?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u met de zorgverzekeraar afspraken over gespreide betaling van het eigen risico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u met de zorgverzekeraar afspraken over gespreide betaling van de eigen bijdragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u met de zorgverzekeraar afspraken over gespreide betaling van de premie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maakt u gebruik van bijstand en/of bijzondere bijstand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maakt u gebruik van de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maakt u gebruik van een pgb (persoonsgebonden budget)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er sprake van bewindvoering en/of onder curatele stelling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is er sprake van schuldsanering?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maakt u gebruik van huurtoeslag, zorgtoeslag en/of eventuele andere toeslagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u in het verleden al eens een aanvraag gedaan bij FGN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Een aanvraag kan bij de FGN worden ingediend als u (aanvrager) nergens anders meer terecht kunt voor de kosten die u verwacht voor (medische) zorg en/of zorgmiddelen. Het is van groot belang dat u alle andere mogelijkheden heeft onderzocht. Denk bijvoorbeeld aan: afspraken met uw zorgverzekeraar over gespreide betaling van zorgkosten, aanvragen van subsidies, mogelijkheden via de gemeente, familie, hulp en ondersteuning bij beheer van uw financiën, etc.

Aanvrager verklaart dat zijn/haar inkomsten en/of vermogen en eventuele andere mogelijkheden en/of regelgevingen die de overheid biedt niet voldoende zijn om zelf de gemaakte kosten te kunnen dragen. Het FGN is er voor iedereen die woonachtig is in de gemeente Epe, ook als u oorspronkelijk uit een ander land komt.

Aanvrager is zich bewust van het feit dat:

- hij/zij in deze aanvraag zelf informatie verstrekt over zijn/haar persoonlijke situatie en/of de persoonlijke situatie van de persoon waarvoor hij/zij zorgt (met instemming van die persoon);
- hij/zij informatie verstrekt over zijn/haar gezondheid of van diegene waar hij/zij voor zorgt, door het overleggen van nota's van zorgverleners en/of nota's die betrekking hebben op zorgmiddelen;
- FGN uitsluitend betalingen verricht rechtstreeks aan de zorgverlener of zorgverzekeraar op basis van aan FGN overlegde originele nota's van kosten volgens een goedgekeurde ondersteuningsaanvraag.

Voor meer informatie verwijzen wij u naar de toelichting bij dit aanvraagformulier.

Het volledig ingevulde formulier kunt u retourneren naar FGN t.a.v. secretariaat, bij voorkeur via een e-mailbericht naar info@fondsgesondheidsnoden.nl, of anders per post p/a Cannenburgherweg 43, 8171 PV Vaassen.

Datum : _____ Handtekening aanvrager: _____

Plaats : _____