



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 terecht voor de verwachte kosten 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. : _____

* Doorhalen wat niet van toepassing is.

Gegevens aanvrager

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

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 totaal te verwachten kosten.)

Onderbouwing medicus / specialist (Toelichting door behandelaar waarom deze zorg noodzakelijk is.)



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?	☐	☐
Heeft u een tandartsverzekering?	☐	☐
Heeft u met de zorgverzekeraar afspraken over gespreide betaling van het eigen risico?	☐	☐
Heeft u met de zorgverzekeraar afspraken over gespreide betaling van de eigen bijdragen?	☐	☐
Heeft u met de zorgverzekeraar afspraken over gespreide betaling van de premie?	☐	☐
Maakt u gebruik van bijstand en/of bijzondere bijstand?	☐	☐
Maakt u gebruik van de Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning)?	☐	☐
Maakt u gebruik van een pgb (persoonsgebonden budget)?	☐	☐
Is er sprake van bewind voering en/of onder curatele stelling?	☐	☐
Is er sprake van schuldsanering ?	☐	☐
Maakt u gebruik van huurtoeslag, zorgtoeslag en/of eventuele andere toeslagen?	☐	☐
Heeft u in het verleden al eens een aanvraag gedaan bij FGN?	☐	☐
Ter hoogte van welk bedrag bent u zelf in staat om bij te dragen in de kosten?	€	
Is er nog een partij die kan bijdragen in de kosten? Naam: En welk bedrag? €		

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@fondsgezondheidsnoden.nl, of anders per post p/a Cannenburgherweg 43, 8171 PV Vaassen.

Datum : _____

Handtekening aanvrager: _____

Plaats : _____