

Verkorte aanvraag compensatie eigen risico

Verkorte aanvraag vergoeding niet vergoede zorgkosten

Als u een bijstandsuitkering heeft kunt u met dit formulier een compensatie aanvragen voor het wettelijk verplichte eigen risico en/of voor zorgkosten die uw zorgverzekering niet of maar gedeeltelijk vergoedt. Uw omstandigheden, inkomen en vermogen bepalen of u in aanmerking komt voor een vergoeding.

1. Welk jaar

Over welk jaar vraagt u de compensatie/vergoeding aan? Kruis 1 jaar aan.

2022 (vraag vóór 1 augustus 2023 aan)

2023

2. Uw gegevens

Hieronder vult u uw gegevens in. Heeft u een partner waarmee u samenwoont? Dan hebben wij ook de gegevens van uw partner nodig.

	Uzelf	Uw partner
Naam + voorletter(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Burgerservicenummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straatnaam + huisnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postcode + woonplaats	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mailadres	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zorgverzekeraar	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Compensatie van verplicht eigen risico zorgkosten

Heeft u in dit jaar minimaal € 200,00 aan eigen risico zorgkosten betaald?

Ja Nee

Heeft uw partner in dit jaar minimaal € 200,00 aan eigen risico zorgkosten betaald?

Ja Nee N.v.t.

4. Vergoeding van medische kosten die niet of niet volledig vergoed worden door de zorgverzekeraar

Heeft u in dit jaar minimaal € 75,00 aan niet vergoede zorgkosten betaald?

Ja Nee

Heeft uw partner in dit jaar minimaal € 75,00 aan niet vergoede zorgkosten betaald?

Ja Nee N.v.t.

Let op!

Als u een arbeidsongeschiktheidsuitkering van het UWV heeft en u ontvangt van het UWV een compensatie, dan komt u in aanmerking voor een vergoeding van de gemeente van € 100,00 als u aan onze voorwaarden voldoet.

5. Betaling

Op welk IBAN rekeningnummer kunnen wij de vergoeding overmaken?

N	L								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Bijvoegen

U stuurt de volgende bewijsstukken mee met dit formulier:

- Een kopie van het overzicht van uw zorgverzekeraar, waarop staat wat u aan verplicht eigen risico heeft betaald en welke kosten u heeft gedeclareerd.

Let op!

Wij kunnen geen besluit nemen als niet alle bewijsstukken zijn meegestuurd.

7. Verklaring

U en uw partner moeten het formulier ondertekenen. Als u het formulier ondertekent, gaat u akkoord met de volgende verklaring. Ik verklaar/wij verklaren:

- Alle vragen naar waarheid te hebben ingevuld.
- Er mee in te stemmen dat de gemeente de gegevens controleert op juistheid en volledigheid bij andere instanties.
- Er mee in te stemmen dat de gemeente de verstrekte gegevens opneemt in een persoonsregistratie.

Handtekening uzelf	_____	Handtekening partner	_____
Datum	_____	Datum	_____

8. Meer informatie

Heeft u nog vragen over dit formulier? U kunt bellen met een medewerker van het Gemeentelijk Informatie Punt (GIP) op werkdagen van 8.30 uur tot 16.30 uur via tel. (0593) 53 92 22 of kijk op www.middendrenthe.nl.

9. Sturen of afgeven

U kunt dit **ondertekende** formulier sturen naar de gemeente of afgeven op één van onze locaties. Vergeet eventuele bijlagen niet.

Sturen

Postbus 24, 9410 AA Beilen
gemeente@middendrenthe.nl

Afgeven

Gemeentehuis Beilen
Raadhuisplein 1
ma, wo, vrij: 8.30-16.30
uur
di: 8.30-14.30 uur
do: 8.30-20.00 uur