

Verkorte aanvraag compensatie eigen risico 2024

Verkorte aanvraag vergoeding niet vergoede zorgkosten 2024

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. 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)	_____	_____
Burgerservicenummer	_____	_____
Geboortedatum	_____	_____
Straatnaam + huisnummer	_____	_____
Postcode + woonplaats	_____	_____
Telefoonnummer	_____	_____
E-mailadres	_____	_____
Zorgverzekeraar	_____	_____

2. Compensatie van verplicht eigen risico zorgkosten

Heeft u in 2024 minimaal € 200,00 aan eigen risico zorgkosten betaald? Ja Nee

Heeft uw partner in 2024 minimaal € 200,00 aan eigen risico zorgkosten betaald? Ja Nee N.v.t.

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

Heeft u in 2024 minimaal € 75,00 aan niet vergoede zorgkosten betaald? Ja Nee

Heeft uw partner in 2024 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.

4. Betaling

Op welk IBAN rekeningnummer kunnen wij de vergoeding overmaken?

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

5. 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.

6. 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

7. Meer informatie

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

8. 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