

Aanvraag Mantelzorg- waardering 2019

De gemeente Goes vindt het belangrijk dat mantelzorgers kunnen rekenen op een goede ondersteuning én waardering krijgen voor de zorg die zij -vaak dagelijks- verlenen. Daarom kiest de gemeente ervoor om mantelzorgers een jaarlijkse financiële tegemoetkoming van € 75,- te geven. Deze financiële tegemoetkoming kunt u voor uw mantelzorger aanvragen door onderstaande vragen te beantwoorden.

Wanneer kom ik in aanmerking?

De mantelzorgwaardering kan worden aangevraagd door een zorgvrager die woont in de gemeente Goes. Als u langer dan drie maanden achtereen gesloten en meer dan acht uur mantelzorg per week ontvangt komt u in aanmerking voor de mantelzorgwaardering. Mantelzorgers zijn mensen uit het netwerk van de zorgvrager zoals familie, buren of vrienden. Professionele zorgverleners of vrijwilligers komen niet in aanmerking voor de waardering. Per zorgvrager kan één waardering worden aangevraagd.

Hoe werkt de aanvraag?

Voor het aanvragen van de mantelzorgwaardering verzoeken wij u (de zorgvrager) het aanvraagformulier volledig in te vullen. U kunt uw mantelzorger vragen om zijn/haar eigen gegevens in te vullen bij vraag 8. Er is ruimte om de gegevens van meerdere mantelzorgers in te vullen. Lukt het niet of heeft u nog vragen, dan kunt u terecht bij het mantelzorgsteunpunt.

U kunt het formulier uitprinten, ondertekenen en via de post verzenden aan (postzegel is niet nodig):

Stichting Maatschappelijk Werk & Welzijn
Oosterschelderegio (SMWO)
T.a.v. Mantelzorgwaardering
Antwoordnummer 313
4460 VB GOES

U kunt het formulier (nadat het volledig is ingevuld en ondertekend) ook scannen en mailen aan: mantelzorg@smwo.nl

Waar kan ik terecht met vragen?

Heeft u nog vragen, dan kunt u terecht bij het mantelzorgpunt van SMWO.
Telefoon: 0113 – 277111 (ma t/m vr 09.30 – 12.30)
Email: mantelzorg@smwo.nl

Wat is de procedure?

Aanvragen kunnen worden ingediend in de maanden februari en maart (tot en met 31 maart 2019). Beoordeling vindt plaats in april 2019. Als uw aanvraag wordt toegekend wordt het bedrag eind mei 2019 door de gemeente Goes naar uw rekening overgemaakt.

| Gegevens zorgvrager | |
|-----------------------------------|--|
| Naam en voorletters * | |
| Geslacht * | <input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw |
| Adres * | |
| Postcode en woonplaats * | |
| Geboortedatum * | |
| Burgerservicenummer (9 cijfers) * | |
| Burgerlijke staat * | <input type="checkbox"/> gehuwd <input type="checkbox"/> alleenstaand <input type="checkbox"/> weduwe/-naar <input type="checkbox"/> gescheiden |
| Telefoonnummer * | |
| E-mailadres * | |
| Bankrekening IBAN* | |

| Krijgt u zorg van iemand uit uw omgeving? Ja, nl. Van: | |
|--|---|
| Het antwoord aanvinken* | Meerdere antwoorden mogelijk |
| | <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Vriend (in) <input type="checkbox"/> Buren |

| Welke aandoening of beperking heeft u? | |
|--|-------------------------------------|
| Het antwoord aanvinken* | Meerdere antwoorden mogelijk |
| <input type="checkbox"/> Visuele aandoening | nl, |
| <input type="checkbox"/> Zintuigstoornis | nl, |
| <input type="checkbox"/> Longziekte | nl, |
| <input type="checkbox"/> Psychische aandoening | nl, |
| <input type="checkbox"/> Spierziekte | nl, |
| <input type="checkbox"/> Reumatische aandoening | nl, |
| <input type="checkbox"/> Verstandelijke beperking | nl, |
| <input type="checkbox"/> Lichamelijke beperking | nl, |
| <input type="checkbox"/> Dementie | nl, |
| <input type="checkbox"/> NAH, niet aangeboren hersenletsel | nl, |
| <input type="checkbox"/> Anders, namelijk | nl, nl, nl, |

| Is er een indicatie voor professionele-zorg? | |
|--|--|
| Het antwoord aanvinken* | Meerdere antwoorden mogelijk |
| Indicatie | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| Indien ja, op basis van: | <input type="checkbox"/> Wet langdurige zorg <input type="checkbox"/> Jeugdwet <input type="checkbox"/> Zorgverzekeringswet <input type="checkbox"/> Wet maatschappelijke ondersteuning |

| Waar bestaan de mantelzorgtaken uit? | |
|--------------------------------------|--|
| Het antwoord aanvinken* | Meerdere antwoorden mogelijk |
| Taken | <input type="checkbox"/> Boodschappen <input type="checkbox"/> Begeleiding <input type="checkbox"/> Wassen en aankleden <input type="checkbox"/> Verpleegkundige taken <input type="checkbox"/> Vervoer <input type="checkbox"/> Kleding wassen <input type="checkbox"/> Administratie |
| Anders, namelijk: | |

| Hoe lang ontvangt u deze mantelzorg?* | |
|---|------------------------------|
| Het antwoord aanvinken | Meerdere antwoorden mogelijk |
| <input type="checkbox"/> Korter dan 3 maanden | Vanaf (mnd/jr) |
| <input type="checkbox"/> Langer dan 3 maanden | Vanaf (mnd/jr) |

| Hoeveel uur per week ontvangt / geeft u deze mantelzorg?* | |
|---|--|
| Het antwoord aanvinken | Meerdere antwoorden mogelijk |
| | <input type="checkbox"/> Minder dan 8 uur per week |
| | <input type="checkbox"/> Meer dan 8 uur per week |

| Gegevens mantelzorger(s) | |
|---------------------------------------|--|
| 1) Naam en voorletters mantelzorger * | |
| Geslacht * | <input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw |
| Adres * | |
| Postcode en woonplaats * | |
| Geboortedatum * | |
| Telefoonnummer * | |
| E-mailadres | |

| | |
|---|--|
| Ik wens graag op de hoogte te worden gehouden voor activiteiten en ontwikkelingen rondom mantelzorg | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
| 2) Naam en voorletters mantelzorger * | |
| Geslacht * | <input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw |
| Adres * | |
| Postcode en woonplaats * | |
| Geboortedatum * | |
| Telefoonnummer * | |
| E-mailadres | |
| Ik wens graag op de hoogte te worden gehouden voor activiteiten en ontwikkelingen rondom mantelzorg | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
| Mijn mantelzorger staat bij SMWO geregistreerd als mantelzorger | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |

| Ik verklaar dat ik dit formulier naar waarheid heb ingevuld: | |
|--|--|
| Datum | |
| Naam zorgvrager | |
| Handtekening | |

Let op: het is voor de verwerking van uw aanvraag van belang dat u alle gegevens invult.
 We gaan vertrouwelijk met uw gegevens om. Onze privacyverklaring kunt u raadplegen op: www.goes.nl/privacy.

* = verplicht invullen