



Aanvraagformulier

Groningse Blindenstichting

let op: totaal 4 pagina's

A Gegevens aanvrager

Voorletters / achternaam Aanvrager	Als deze aanvraag betrekking heeft op een kind naam ouders de heer XXXXXX mevrouw
Voorletters/achternaam Partner	de heer XXXXXX mevrouw
Burgerlijke staat en gezinssamenstelling	alleenstaand XXXXXX gehuwd XXXXXX ongehuwd XXXX samenwonend gescheiden XXXX met XXXXXX kind(eren) inwonend
Adres	
Postcode & woonplaats	
Telefoon en mobiel	
E-mail	
Geboortedatum	
Wlz-instelling?	Bent u woonachtig in een wlz-instelling? ja nee
Gegevens kind	Als deze aanvraag betrekking heeft op een kind Naam: XXXX jongen XXXXXXXXXX meisje Geboortedatum: XXXX inwonend XXXXXX uitwonend

B Wat vraagt u aan?

Omschrijving	
Kosten	€ inclusief BTW
Beoogde Leverancier(s)	
Offerte(s) bijgevoegd	ja nee XXXXXX want



C **Waarom vraagt u dit aan? Omschrijving gebruiksdoel en/of de omstandigheden die u ertoe gebracht hebben om dit aan te vragen.**

D **Elders aangevraagd**

	nee ja bij: Andere fondsen, namelijk:
Resultaat en/of opmerkingen:	

E **Doelgroepbepaling**

Uw gegevens	Bijlage
Uw gegevens	→ Voeg een kopie van een verklaring van uw huisarts bij.
Uw gegevens	→ Voeg een kopie van de oogheeskundige gegevens bij. Dat is een brief van uw oogarts met gegevens over uw <u>gezichtscherpte(s)</u> , <u>gezichtsvelden</u> en <u>diagnose</u> . In de praktijk zijn deze gegevens ook vaak terug te vinden in een verslag van een low-vision onderzoek.



F Financiële gegevens

Stuur een kopie bankafschrift van de laatste maand van uw betaalrekening mee!

Bankrekeningnummer	IBAN (zie boven aan uw bankafschrift):	
Valt u onder budgetbeheer of de Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen	nee ja, budgetbeheer	ja, WSNP
Netto inkomen totaal (salaris, uitkering, studiefinanciering)	€	per maand
Netto inkomen partner	€	per maand
Netto inkomen inwonende kinderen	€	totaal per maand
Huurtoeslag	€	per maand
Zorgtoeslag	€	per maand
Overig	€	
Gezamenlijk spaartegoed	€	totaal
Gezamenlijke effecten	€	totale waarde
Overige vermogensbestanddelen in binnen- / buitenland	€	totale waarde
Huur / Hypotheekrente	€	per maand
Premie levensverzekering	€	per maand
Premie ziektekostenverzekering	€	per maand
Belangrijke vaste lasten	€	per maand, te weten:
Lening/schulden	€	aflosbedrag per maand
	Totale hoofdsom	€
Extra bijdrage thuiszorg	€	per maand, te weten:
Extra kosten i.v.m. handicap	€	per maand, te weten:

4.



G Ondertekening

Ik verklaar hierbij dat het bovenstaande naar waarheid is ingevuld.

Ik geef de Groningse Blindenstichting toestemming de verstrekte gegevens digitaal te verwerken op een wijze die de bestuursleden in staat stelt de aanvraag in alle redelijkheid te kunnen beoordelen.

(svp beide aanvinken)

Plaats: Datum:

Naam:

Handtekening:

Indien ingevuld namens de aanvra(a)g(st)er

Door

Naam:

Functie:

(bijvoorbeeld functie professional/voogd/mentor/bewindvoerder/wettelijk vertegenwoordiger)

Compleet met bijlagen (1. kopie/uitdraai bankafschrift en 2. oogheelkundige verklaring) opsturen naar:

De Groningse Blindenstichting

De Stelling 9
9774RB Adorp

of mailen naar info@groningseblindenstichting.nl