

Mantelzorgverklaring mantelzorgwaardering 2018 Haaren

Ondergetekende verklaart met het invullen van deze verklaring dat hij/zij mantelzorg verleent aan een naaste voor ten minste 8 uur in de week en langer dan 3 maanden. De waardering wordt overgemaakt op het vermelde bankrekeningnummer.

Alleen volledig ingevulde formulieren worden in behandeling genomen.

| Mantelzorger | |
|--|---|
| Naam | man/vrouw |
| Straatnaam/huisnummer/ toevoeging | |
| Postcode/woonplaats | |
| Geboortedatum | |
| Telefoonnummer | |
| Emailadres | |
| IBAN Bankrekeningnummer | |
| Voor wie zorgt u? | |
| Naam | |
| Straatnaam/huisnummer/ toevoeging | |
| Postcode/woonplaats | |
| Geboortedatum | |
| Telefoonnummer | |
| Ik zorg voor: (kruis één van onderstaande opties aan) | |
| <input type="checkbox"/> | Partner |
| <input type="checkbox"/> | (Schoon)ouder(s) |
| <input type="checkbox"/> | Kind |
| <input type="checkbox"/> | Ander familielid |
| <input type="checkbox"/> | Vriend of kennis |
| Hoeveel uur per week verleent u mantelzorg? Vanaf welke datum verleent u mantelzorg? | |
| Aantal uren | <input type="checkbox"/> minder dan 2 uur per week <input type="checkbox"/> 2 tot 8 uur per week <input type="checkbox"/> 8 uur of meer per week |
| Met ingang van | |
| De mantelzorger verklaart de gegevens naar waarheid te hebben ingevuld en ervan op de hoogte te zijn dat : | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Het verstrekken van onjuiste gegevens ertoe kan leiden dat hij/zij wordt uitgesloten van de waardering - Het college bevoegd is steekproefsgewijs te controleren of de waardering rechtmatig is verstrekt | |
| Ondertekening | |
| Datum | |
| Handtekening mantelzorger | |

| Waarom heeft de zorgvrager hulp nodig? | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> | Lichamelijke problemen |
| <input type="checkbox"/> | Psychische problemen |
| <input type="checkbox"/> | Ouderdom |
| <input type="checkbox"/> | Niet in staat tot deelname aan de maatschappij |
| <input type="checkbox"/> | Anders, nl: |
| Ik verricht de volgende werkzaamheden (meerdere opties mogelijk) | |
| <input type="checkbox"/> | Huishoudelijke taken |
| <input type="checkbox"/> | Vervoer |
| <input type="checkbox"/> | Begeleiding |
| <input type="checkbox"/> | Administratie |
| <input type="checkbox"/> | Persoonlijke verzorging |
| <input type="checkbox"/> | Verpleging |
| <input type="checkbox"/> | Anders, nl: |
| Ik verricht mijn mantelzorgtaken: (kruis één van onderstaande opties aan) | |
| <input type="checkbox"/> | dagelijks |
| <input type="checkbox"/> | 1-2 x per week |
| <input type="checkbox"/> | 1-2x per maand |
| <input type="checkbox"/> | Minder dan 1x per maand |

Alleen volledig ingevulde formulieren worden in behandeling genomen

Lever dit formulier vóór 1 november 2018 in bij:

**Gemeente Haaren of
Steunpunt Mantelzorg Den Domp of**

Opsturen in antwoord envelop naar:
(postzegel is niet nodig)

Gemeente Haaren of

Per email opsturen naar:

anneliesbolkestein@contourdetwern.nl