

Aanvraag financiële bijdrage van het Spina Bifida Fonds

Vooraf

- **Privacy**
Het spreekt voor zich dat we heel zorgvuldig met uw gegevens omgaan. Niemand anders krijgt ze te zien en na afhandeling vernietigen wij elke aanvraag.
- **Alleen voor spina-bifidapatiënten**
Het fonds is er alleen voor spina-bifidapatiënten. Daarom vragen we een medische verklaring waaruit blijkt dat u spina-bifidapatiënt bent.
- **Draagkracht**
Het fonds is er alleen voor mensen die niet in staat zijn de kosten van de gewenste voorziening (volledig) te dragen. Daarom moeten we ook vragen naar uw financiële positie.
- **Welke voorziening**
We hebben slechts een paar beperkingen: per aanvraag vergoeden we maximaal € 1.500 en de voorziening mag niet op een andere manier vergoed kunnen worden. We richten ons op voorzieningen die een bijdrage kunnen leveren aan wat meer levensplezier voor de betrokken patiënt. Dat kan betrekking hebben op ontspanning, maar bijvoorbeeld ook op vervoer, communicatie, hulpmiddelen, cursussen. Over wat zo'n bijdrage voor de betrokkene kan betekenen willen we dus ook iets weten. En we willen natuurlijk ook zien wat de voorziening kost (via een offerte bijvoorbeeld). Na de toekenning van het gevraagde bedrag vragen we een bewijs van de feitelijke aanschaf.
- **Aanvrager**
De patiënt kan zelf de aanvrager zijn, maar ook een ouder/verzorger. Bij een minderjarige (jonger dan 18) móet de aanvraag door een ouder/verzorger gedaan worden.

Noodzakelijke bijlagen

We vragen in ieder geval drie bijlagen (fotokopietjes).

- **Bijlage 1: Laatste belastingaanslag**
Van de aanvrager (van de spina-bifidapatiënt of – wanneer deze nog geen 18 is – van de ouders/verzorgers).
- **Bijlage 2: Offerte**
Van de voorziening vragen we een offerte of een andere kostenopgaaf.
- **Bijlage 3: Medische verklaring**
Omdat ons fonds uitsluitend bestemd is voor spina-bifidapatiënten, vragen we ook een verklaring waaruit blijkt dat u spina-bifidapatiënt bent.

INVULLEN

Patiënt

Achternaam

Voornaam

Geslacht M/V

Geboortedatum

Adres

.....

Telefoonnummer

Mailadres

Aanvragende ouder/verzorger

(Wanneer de patiënt nog geen 18 jaar is.) (Voor een patiënt van 18 jaar of ouder hoeft dit niet te worden ingevuld.)

Achternaam

Voornaam

Geslacht M/V

Geboortedatum

Adres

.....

Telefoonnummer

Mailadres

Relatie tot de patiënt

.....

Behandelend arts

(Wordt alleen in bijzondere gevallen geraadpleegd en dan natuurlijk alleen in overleg met u.)

Naam arts

Telefoonnummer

Waarvoor wilt u een bijdrage?

Omschrijving voorziening

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Het belang van de voorziening voor u

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

De kosten van de voorziening

.....

.....

Hoeveel vraagt u aan het fonds?

.....

Draagkracht

Waarom kunt u de kosten niet zelf dragen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Had u eigen inkomsten gedurende de laatste 12 maanden? Zo ja, hoeveel (vóór belastingen)

.....

.....

Hoe hoog was uw belastbaar inkomen in de laatst bekende belastingaanslag?

.....

.....

Heeft u eigen vermogen in de vorm van spaartegoeden o.i.d.? Zo ja, hoeveel?

.....

.....

Heeft u bijzondere financiële verplichtingen die in dit verband van belang zijn? Zo ja, hoeveel?

.....
.....
.....
.....

Uitbetaling eventuele toekenning

Op welke bankrekening kan de eventuele toekenning gestort worden? (IBAN-nummer)

.....

Wat is de tenaamstelling van deze bankrekening?

.....

Diversen

Zijn er andere zaken die voor onze beoordeling van uw aanvraag van belang zijn?

.....
.....
.....
.....

Hoe hebt u van ons fonds gehoord?

.....
.....
.....

Heeft u nog suggesties voor ons werk?

.....
.....
.....
.....

Verklaring

Hiermee verklaar ik dat ik de gevraagde gegevens volledig en naar waarheid heb ingevuld.

Verder verklaar ik dat ik ervan op de hoogte ben dat ik, bij een toekenning van de gevraagde bijdrage, verplicht ben binnen vier weken na ontvangst van het bedrag het bewijs van de aanschaf op te sturen aan het Spina Bifida Fonds. Ik ga ermee akkoord dat het Spina Bifida Fonds bij het niet-nakomen van deze verplichting de bijdrage zal terugvorderen.

Datum

Plaats

Handtekening

U kunt dit formulier na ondertekening, met de gevraagde bijlagen, en voldoende gefrankeerd opsturen naar

**Spina Bifida Fonds,
Houtwerf 25,
2265 VD Leidschendam**

Het is handig vóór verzending een kopietje van het geheel te maken voor eigen gebruik.