

Aanvraag Arnhemse Zorgkostenregeling

Cliëntnummer _____

1. Gegevens aanvrager(s)

	Aanvrager	Partner
Achternaam	_____	_____
Geboortedatum	_____	_____
Burgerservicenummer (BSN)	_____	_____
Telefoonnummer	_____	_____
Rekeningnummer (IBAN)	_____	_____
E-mailadres	_____	_____

De Arnhemse zorgkostenregeling is persoonsgebonden en vraagt u altijd voor uzelf aan. Komt uw partner ook in aanmerking voor de zorgkostenregeling? Dan kan uw partner een eigen aanvraag indienen.

Voor de beoordeling moeten wij weten wie uw partner is, omdat wij uw gezamenlijke inkomen en vermogen moeten beoordelen.

2. Persoonlijke situatie

a. Woonsituatie

Ik woon zelfstandig
(Ik verblijf niet in een instelling)

Ja Nee

b. Deze situatie is op mij van toepassing

Ik ontvang zorg op basis van de
Wet langdurige zorg (Wlz)

Ja Nee *(Bij ja ga naar vraag c)*

Ik ontvang zorg vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Ja Nee *(Ga naar vraag d)*

c. Aan te leveren gegevens Wet langdurige zorg (Wlz)

Stuur een bewijsstuk mee waar uit blijkt dat u zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) ontvangt.
Het liefst zo recent mogelijk, bijvoorbeeld de nota die u krijgt voor de eigen bijdrage.

d. Aan te leveren gegevens Wmo

Ik geef/wij geven toestemming om
de betreffende persoonsgegevens te
raadplegen in de Wmo-administratie.

Ja Nee

Toelichting raadplegen Wmo-administratie

Als u zorg ontvangt vanuit de Wmo dan kunnen wij dat bij de Wmo nakijken. Dit kan alleen als u hiervoor toestemming geeft. Dit maakt het voor u extra makkelijk omdat u dan geen bewijsstukken hoeft aan te leveren. Ook kunnen wij dan ieder jaar zelf kijken of u nog recht heeft op de zorgkostenregeling. Als wij zien dat u nog recht heeft krijgt u de regeling na een controle van uw bankrekening automatisch toegekend.

Als u geen toestemming geeft kunt u nog steeds in aanmerking komen voor de regeling. U moet dan bij de aanvraag een bewijsstuk meesturen dat u zorg ontvangt vanuit de Wmo. Bijvoorbeeld de nota eigen bijdrage of een bewijsstuk dat deze bijdrage is kwijtgescholden. Ook moet u dan ieder jaar zelf een nieuwe aanvraag indienen om de zorgkostenregeling te krijgen.

3. Financiële situatie

a.	Heeft u/uw partner een vermogen hoger dan:	€ 8.000,- alleenstaande	Ja	Nee
		€ 16.000,- gehuwden/alleenstaande ouders	Ja	Nee
b.	Soort inkomen	Aanvrager		Partner
	Werk / Pensioen	€ netto p/m		€ netto p/m
	Zelfstandige arbeid / Uitkering	€ netto p/m		€ netto p/m
	Alimentatie partner/kind(eren) / Studiefinanciering	€ netto p/m		€ netto p/m

* Stuur bewijsstukken mee van inkomsten uit: alimentatie, free-lance inkomsten of zelfstandigheid en/of als er beslag is gelegd op uw inkomen.

4. Voorwaarden

U komt voor de Arnhemse Zorgkostenregeling in aanmerking als u aan de volgende voorwaarden voldoet:

1. U woont zelfstandig

Dit betekent dat u niet in een instelling verblijft op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz).

2. Uw vermogen is lager dan de vermogensgrens die voor u geldt

Maximaal vermogen alleenstaanden: € 8.000,-

Maximaal vermogen alleenstaande ouder/gehuwden/samenwonend: € 16.000,-

3. U heeft een (gezamenlijk) inkomen dat niet hoger is dan 130% van het sociaal minimum

De inkomensgrenzen kunt u nalezen op www.arnhem.nl/inkomensgrenzen. De inkomensgrens geldt niet als u in 2025 de TM-CZG of de collectieve aanvullende zorgverzekering met pakket GarantVerzorgd 3 ontving.

4. Één van onderstaande punten is voor u van toepassing

- U ontvangt hulp vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) óf
- U ontvangt zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) óf
- U ontving in 2025 de TM-CZG
- U maakte in 2025 gebruik van de collectieve aanvullende zorgverzekering van Menzis met pakket GarantVerzorgd 3

5. Ondertekening

Lees deze verklaring en onderteken het formulier.

- Ik heb alle vragen volledig en naar waarheid beantwoord.
- Informatie die mogelijk kan leiden tot het afwijzen van deze aanvraag of tot het toekennen van een lagere uitkering, heb ik niet verzwegen.
- Ik weet dat ik alle veranderingen in mijn omstandigheden meteen moet doorgeven aan de gemeente (artikel 17 Participatiewet).
- Als ik informatie en/of wijzigingen niet, onjuist of onvolledig doorgeef, weet ik dat de uitkering geheel of gedeeltelijk kan worden teruggevorderd (artikel 58 Participatiewet), dat een bestuurlijke boete opgelegd kan worden (artikel 18a Participatiewet) en/of dat een maatregel opgelegd kan worden (artikel 8b Participatiewet) door het college (van Burgemeester en Wethouders).
- Ik weet dat de gemeente mijn gegevens controleert om vast te stellen of ik recht op een uitkering heb (artikel 63 en 64 Participatiewet).
- Ik weet dat de door mij verstrekte gegevens door de gemeente worden verwerkt voor de uitvoering van de Participatiewet.
- Op de verwerking zijn de regels van de Participatiewet en de Algemene Verordening Gegevensbescherming van toepassing.
- Ik geef de gemeente toestemming om onderzoek in te stellen naar de juistheid en volledigheid van de verstrekte gegevens en zo nodig naar andere gegevens die noodzakelijk zijn voor de verlening dan wel voortzetting van de bijstand (artikel 41 lid 10 Participatiewet).

Datum

Handtekening aanvrager

Handtekening partner

6. Indienen

U kunt de aanvraag sturen naar Gemeente Arnhem, Cluster Werk & Inkomen, antwoordnummer 3740, 6800 XA Arnhem.

Voor vragen over deze regeling of dit formulier kunt u tussen 9.00 en 12.00 uur contact opnemen met Cluster Werk & Inkomen, telefoon 0800-1809. Meer inhoudelijke informatie van deze regeling is te vinden op www.arnhem.nl/zorgkosten.

Ruimte voor eventueel relevante aanvullende informatie