**Aanvraag financiële steun tandartskosten**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naam + voorletter cliënt |  | m/v |  |
| Adres |  | **BSN** |  |
| Postcode en woonplaats |  |  |  |
| Telefoon |  | Geb.datum |  |
| Email |  |  |  |



|  |  |
| --- | --- |
| Hulpvragende instantie |  |
| Naam hulpverlener |  |
| Adres |  |
| Postcode en woonplaats |  |
| Telefoon |  |
| Email |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Wat is het volledige, noodzakelijke bedrag? |  |
| Welk bedrag kan zelf worden bijgedragen? |  |
| Is er nog bij andere instanties een verzoek ingediend? |  |
| Valt uw cliënt onder budgetbeheer of WSNP? |  |
| Waaruit bestaat uw contact met de cliënt? |  |
| Hoelang bestaat dit contact al? |  |

**Opgave inkomsten en uitgaven** (voor zover bekend)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **inkomen** | **Netto per maand** |  | **Uitgaven** | **Per maand** |
| Salaris of uitkering |  |  | Vaste lasten |  |
| Toeslagen |  |  | Huishoudgeld |  |
| Andere inkomsten |  |  | Bestedingsruimte per maand |  |
|  | **------------------------ +** |  |  | **---------------------- +** |
| **Totaal** |  |  | **Totaal** |  |

**Let op:**

* De behandeling mag nog niet zijn uitgevoerd
* Aan het invullen van dit aanvraagformulier kan geen enkel recht worden ontleend.

**Ondertekening, in te vullen door de cliënt:**

* Ik heb de gegevens volledig en naar waarheid ingevuld.
* Ik geef Steunpunt Materiële Hulpvragen toestemming voor verwerking van mijn persoonsgegevens (waaronder ook bijzondere en gevoelige persoonsgegevens) die in deze aanvraag ter kennis zijn gebracht van het Steunpunt .

|  |  |
| --- | --- |
| Handtekening cliënt |  |
| Naam |  |
| Datum |  |

**Ondertekening, in te vullen door aanvragende hulpverlener:**

* Ik heb de bovenstaande gegevens gecontroleerd.
* Ik geef Steunpunt Materiële Hulpvragen toestemming voor de verwerking van de persoonsgegevens die in deze aanvraag ter kennis zijn gebracht van het Steunpunt.
* Ik snap dat als ik 1x niet kom opdagen voor een afspraak zonder afzeggen, dat dan de tandartshulp stopt.

|  |  |
| --- | --- |
| Handtekening hulpverlener |  |
| Naam |  |
| Datum |  |