



Beste deelnemer,

Om uw aanvraag bij het **Voorzieningsfonds** in behandeling te kunnen nemen dient deze voorzien te zijn van:

- Originele nota's
- Betaalbewijzen
- Schriftelijke toekenning/afwijzing van de vergoeding door uw zorgverzekeraar (declaratie-overzicht zorgverzekeraar)

### **Belangrijk:**

- Kosten van medische aard dienen altijd eerst voor vergoeding aangeboden te worden bij uw zorgverzekeraar, tenzij op voorhand duidelijk is dat de zorgverzekeraar niet vergoed.
- Kosten welke zijn gemaakt t.b.v. de aanschaf van hulpmiddelen dienen altijd eerst aangeboden te worden aan de afdeling WMO in de gemeente waarin u woonachtig bent. Wanneer u niet in aanmerking komt voor vergoeding vanuit de WMO, voeg dan altijd de schriftelijke afwijzing bij het aanvraagformulier toe.
- Aanvragen worden in behandeling genomen vanaf een totaalbedrag van €100,-.
- Voor al het betalingsverkeer in Euro's moet IBAN gebruikt worden. Controleer of u het volledige IBAN-nummer in de hiervoor bestemde ruimte hebt ingevuld.
- Zorg ervoor dat u de aanvraag op tijd indient. Dit betekent binnen 5 maanden na afloop van het betreffende kalenderjaar.
- Wanneer de aanvraag niet voldoet aan hierboven genoemde voorwaarden, dan zal uw aanvraag niet in behandeling worden genomen en vervolgens naar u terug worden gestuurd.

Met vriendelijke groeten,

Secretariaat Dow Voorzieningsfonds



## In te vullen door aanvrager

MANNUMMER:		AFDELING:		Omschrijving i.v.m. kosten van:	
Naam: _____		Adres: _____		Naam deelnemer: _____	
Postcode/Woonplaats: _____		Tel. thuis: _____		Datum rekening: _____	
Tel. mobiel: _____		E-mailadres: _____		Toelichting aanvraag:	
Handtekening aanvrager		Datum		_____	
IBAN No.				_____	
<b>Niet of foutief invullen veroorzaakt vertraging</b>				Aantal bijlagen: _____	
				Originele rekening en betaalbewijs bijsluiten.	

## In te vullen door Dow Voorzieningsfonds

_____	€	Toelichting behandeling:	
_____	€	_____	
_____	€	_____	
_____	€	_____	
_____	€	_____	
	Totaal €	_____	
		_____	
% uitkering		_____	
Maximale uitkering: €		_____	

Het bestuur van het Voorzieningsfonds heeft besloten  een /  geen uitkering te doen van € \_\_\_\_\_

- |                                                            |                                                 |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Hulpmiddelen                         | <input type="radio"/> Verblijfskosten           |
| <input type="radio"/> Allergie                             | <input type="radio"/> Vervoerskosten            |
| <input type="radio"/> Therapie leer- en gedragsstoornissen | <input type="radio"/> Plastische chirurgie      |
| <input type="radio"/> Tandarts                             | <input type="radio"/> Buikwandcorrectie         |
| <input type="radio"/> In-vitrofertilisatie                 | <input type="radio"/> Haarwerken                |
| <input type="radio"/> Adoptie                              | <input type="radio"/> Mantelzorgmakelaar        |
| <input type="radio"/> Oogcorrectie                         | <input type="radio"/> Freestyle Libre           |
| <input type="radio"/> Lensimplantaten                      | <input type="radio"/> Alternatieve geneeswijzen |
|                                                            | <input type="radio"/> _____                     |

Voorzitter

\_\_\_\_\_

Secretaris

\_\_\_\_\_

## Per post opsturen naar:

Dow Voorzieningsfonds · Herbert H. Dowweg 5 · 4542 NM HOEK,  
Arbodienst Neely Center Haven 451/0.5