

Verzendadres

Participe
t.a.v. Wmo/Kaag en Braassem
Postbus 92
2400 AB Alphen aan den Rijn

meldingkb@Participe.nu

In te vullen door gemeente

Datum ontvangst: _____

Aanvraagformulier financiële tegemoetkoming wegens medisch afval

Op grond van artikel 31.a van de Nadere regels sociaal domein Kaag en Braassem bestaat de mogelijkheid een financiële tegemoetkoming aan te vragen voor medisch afval zoals bijvoorbeeld stomamateriaal, nierdialysemateriaal of incontinentiemateriaal. U kunt deze tegemoetkoming aanvragen als u of een huisgenoot vanwege een chronische ziekte of handicap extra (veel) medisch afval heeft.

Om uw aanvraag te kunnen beoordelen, hebben wij bewijs nodig waaruit blijkt dat u inderdaad materiaal gebruikt dat valt onder 'medisch afval'. Misschien vervelend, maar wel noodzakelijk om deze regeling goed uit te voeren. Vul daarom onderstaande gegevens in en voeg bewijsmateriaal toe, dit kan op twee manieren:

- U haalt uw materiaal via een recept van de huisarts bij uw apotheek.
In dat geval vraagt u of de apotheek een verklaring of bon af wil geven bij het aanvraagformulier.
Daarop staat welke materialen u gebruikt.
- U haalt uw materiaal via het recept van de huisarts ergens anders, bijvoorbeeld via internet.
In dat geval voegt u een aankoop- of pakbon bij het aanvraagformulier, met daarop vermeld uw naam en de aangeschafte materialen. Vanwege uw privacy vragen wij u om de bon niet op het aanvraagformulier te plakken, maar deze los toe te voegen.

De tegemoetkoming wordt uitbetaald aan de bewoner die de afvalstoffenheffing op het betreffende adres betaalt.

Persoonlijke gegevens van de aanvrager

Naam en voorletters : _____

Straat en huisnummer : _____

Postcode en woonplaats : _____

Geboortedatum : _____

Burgerservicenummer : _____

(mobiel) telefoonnummer : _____

E-mailadres : _____

Naam en voorletters : _____

geboortedatum : _____

(van de persoon die extra medisch afval heeft als die afwijkt van de aanvrager)

Wie op bovenstaand adres betaalt de afvalstoffenheffing?: aanvrager/de persoon met medisch afval*
(doorstrepen wat niet van toepassing is)

Rekeningnummer van degene die de afvalstoffenheffing betaalt: _____

Ondertekening door (naam) : _____

De ondergetekende verklaart dat de bovenstaande gegevens naar waarheid zijn ingevuld.

Datum : _____

Plaats : _____

Handtekening :

Na het invullen en ondertekenen kunt u dit formulier opsturen met de antwoordenvolp die u erbij gekregen heeft. Of digitaal naar meldingkb@participe.nu.

De gemeente betaalt op basis van vertrouwen de vergoeding jaarlijks aan de betaler van de afvalstoffenheffing uit. Als u geen aanspraak meer kunt maken op deze vergoeding gaan wij er vanuit dat u dit meldt bij het Wmo loket.

Bijgevoegd bewijsmateriaal:
