

Datum ontvangst:



## Aanvraag Vergoeding chronisch zieken en gehandicapten 2024

Inkomen tot 130% van de bijstandsnorm

### Persoonsgegevens

	Uw eigen gegevens	Gegevens van uw partner
Naam:		
Geboortedatum:		
Soort ID-bewijs:	Paspoort/ID-kaart/vreemdelingen document/anders nl:	Paspoort/ID-kaart/vreemdelingen document/anders nl:
Geldig tot:		
Adres:		
E-mail:		
Telefoon cliënt:		
Naam gemachtigde:		
Telefoon gemachtigde:		
Aanvullende verzekering	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Collectieve verzekering Zutphen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Bankrekeningnummer voor uitbetaling		

Bent u of is uw kind chronisch ziek of heeft u of uw kind een structurele (blijvende) beperking? Heeft u daardoor extra medische kosten en krijgt u hiervoor geen vergoeding van een andere organisatie of uw verzekering? Heeft u een laag inkomen?

Dan komt u wellicht in aanmerking voor een tegemoetkoming van de gemeente Zutphen. Wij beoordelen of u in aanmerking voor een tegemoetkoming en hoe hoog deze tegemoetkoming is.

### Voorwaarden

Om in aanmerking te komen, moet u aan onderstaande voorwaarden voldoen:

- U staat ingeschreven als inwoner van de gemeente Zutphen
- U verblijft rechtmatig in Nederland
- U bent 18 jaar of ouder
- U bent aantoonbaar chronisch ziek of heeft een (structurele) beperking
- Uw inkomen is niet hoger dan 130% van het sociaal minimum
  - Alleenstaand 21 tot pensioengerechtigd: € 1.668,98 (inclusief vakantiegeld)
  - Alleenstaande ouder 21 tot pensioengerechtigd: € 1.668,98 (inclusief vakantiegeld)
  - Gehuwd/samenwonend 21 tot pensioengerechtigd: € 2.384,25 (inclusief vakantiegeld)
  - Alleenstaand pensioengerechtigd: € 1.853,49 (inclusief vakantiegeld)
  - Gehuwd/samenwonend pensioengerechtigd: € 2.512,02 (inclusief vakantiegeld)
- U moet de kosten hebben gemaakt in dit kalenderjaar (2024)
- U ontvangt géén Tegemoetkoming arbeidsongeschikten van het UWV
- U ontvangt geen dubbele en/of extra kinderbijslag van de SVB (indien u de aanvraag voor uw kind doet).

Er zijn drie situaties waarin u, als u voldoet aan de voorwaarden, in ieder geval recht hebt op een tegemoetkoming:

1. U heeft legeskosten betaald voor de aanschaf of verlenging van een gehandicaptenparkeerkaart.
2. U kunt zich bij geen enkele zorgverzekeraar aanvullend verzekeren omdat u in de wanbetalersregeling (CAK) zit of een betalingsachterstand hebt bij een verzekeraar.
3. U moet een extra uitgebreide aanvullende zorgverzekering afsluiten in verband met uw chronische ziekte of structurele beperking.

## Welke chronische ziekte en/of een (structurele) beperking heeft u?

---

---

Vraag 1. Vraagt u de tegemoetkoming voor u zelf aan en ontvangt u de jaarlijkse Tegemoetkoming arbeidsongeschikten van UWV omdat u een WIA-, WAO-, Wajong- of WAZ-uitkering heeft?

- Ja. U heeft geen recht op de Tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten 2024 van Gemeente Zutphen.
- Nee. Ga naar vraag 2.

Vraag 2. Vraagt u de tegemoetkoming aan voor uw kind (0-18 jaar) aan en ontvangt u voor hem of haar dubbele kinderbijslag in verband met zijn/haar handicap?

- Ja. U heeft geen recht op de Tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten 2024 van Gemeente Zutphen.
- Nee. Ga naar vraag 3.

Vraag 3. Voor welke kosten vraagt u een tegemoetkoming aan? Kruis hieronder aan.

- Gehandicaptenparkeerkaart (de tegemoetkoming bedraagt € 109,00)**  
U heeft in dit kalenderjaar kosten gemaakt voor de aanvraag of verlenging van de gehandicaptenparkeerkaart.
- Geen aanvullende verzekering mogelijk (de tegemoetkoming bedraagt € 218,00)**  
U kunt zich niet aanvullend verzekeren omdat er sprake is van een betalingsachterstand bij de zorgverzekeraar en/of u bent opgenomen in de wanbetalersregeling van het CAK.
- Zeer uitgebreide aanvullende zorgverzekering (toppolis) (de tegemoetkoming bedraagt € 218,00)**  
U heeft vanwege uw chronische ziekte of structurele beperking een **zeer** uitgebreide aanvullende zorgverzekering nodig met een zeer hoge dekking voor eigen bijdrages voor medicijnen of voor specialistische behandelingen. Uw aanvullende verzekering (exclusief tandartsverzekering) bedraagt minimaal € 60 per maand. **Niet** in aanmerking komt de collectieve verzekering van **Aevitae**. Ook andere aanvullende verzekeringen waarin het eigen risico vergoed wordt komen niet in aanmerking.
- Overige structurele kosten:**  
U heeft structurele kosten als gevolg van een chronische ziekte of een structurele beperking die niet via een andere voorziening (kunnen) worden vergoed of gedeeltelijk gecompenseerd. Beschrijf hieronder uw situatie en geeft aan om welke kosten het gaat. Hoe beter u uw situatie beschrijft hoe beter wij het kunnen beoordelen of u in aanmerking komt voor een tegemoetkoming en hoe hoog deze tegemoetkoming is.

De structurele kosten zijn:

---

---

Vraag 4. Heeft u uitkering op grond van de Participatiewet, de IOAW, de IOAZ, BBZ?

- Ja, u hoeft onderstaande tabel niet in te vullen.
- Nee, vul onderstaande tabel in.

## Inkomen

Vul hieronder al uw inkomen in, let op alimentatie voor u en uw kinderen wordt ook gezien als inkomen.

	Aanvrager	Partner
<input type="checkbox"/> Inkomen uit arbeid	€	€
<input type="checkbox"/> WAO/ WIA / WW/ ZIEKTEWET/ WAJONG	€	€
<input type="checkbox"/> Inkomens afhankelijke combinatiekorting	€	€
<input type="checkbox"/> Heffingskorting minst verdienende partner	€	€
<input type="checkbox"/> AOW / ANW / AIO	€	€
<input type="checkbox"/> Pensioen (let op geen AOW)	€	€
<input type="checkbox"/> Alimentatie ouder	€	€
<input type="checkbox"/> Alimentatie kind	€	€
<input type="checkbox"/> Studiefinanciering	€	€
<input type="checkbox"/> Overig inkomen	€	€
<input type="checkbox"/> Participatiewet (PW, IOAW, BBZ)	U hoeft geen bedrag in te vullen	U hoeft geen bedrag in te vullen

## Meesturen

Stuur met uw aanvraag de volgende documenten mee:

- Kopie van uw loonstrook en/of uitkering specificatie van de afgelopen maand.
- Bewijsstukken van uw chronische ziekte en/of structurele beperking zoals een diabetisch paspoort, Verklaring van uw behandelend arts/specialist, GPK etc.
- Indien van toepassing:
  - Bewijs dat u zich per 1 januari 2024 niet aanvullend kon verzekeren
  - Kopie van uw polis waaruit blijkt dat u een aanvullende verzekering heeft die hoger is dan € 60,00.
  - Bewijsstukken waaruit blijkt wat uw extra zorgkosten zijn en dat deze niet vergoed worden door uw zorgverzekeraar.

## Ondertekenen

Met de handtekening gaat u akkoord dat wij informatie opvragen bij de WMO, indien u daar bekend bent en verklaart u het formulier naar waarheid te hebben ingevuld en. Wij controleren dit. Het kan zijn dat er extra bewijsstukken nodig zijn om uw aanvraag te behandelen. Ook kan het zijn dat wij een medisch advies opvragen. U krijgt dan bericht van ons. Als uw aanvraag niet compleet is, wordt uw aanvraag niet behandeld.

Ten onrechte verstrekte uitkeringen worden teruggevorderd.

Naar waarheid ingevuld,

Naar waarheid ingevuld,

Naar waarheid ingevuld,

Datum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening:

Handtekening partner

Handtekening gemachtigde

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Inleveren

U kunt dit formulier, volledig ingevuld en voorzien van bewijsstukken:

- inleveren bij Gemeente Zutphen, of
- mailen naar [info@zutphen.nl](mailto:info@zutphen.nl), of
- opsturen naar de Gemeente Zutphen, Antwoordnummer 31, 7200 VB Zutphen.