



Aanvraagformulier

Datum ontvangst CIZ (in te vullen door CIZ)

Bij dit formulier hoort een toelichting.

Wij raden u aan bij het invullen van dit formulier de toelichting bij de hand te houden.

Dit gedeelte altijd invullen

1. UW PERSOONLIJKE GEGEVENS			
Geboortenaam		Voorletters	
Geboortedatum		Geslacht	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Burgerlijke staat	<input type="checkbox"/> Ongehuwd <input type="checkbox"/> Gehuwd <input type="checkbox"/> (geregistreerd) Partnerschap <input type="checkbox"/> Weduw(e)(naar)		
Indien van toepassing: gegevens partner			
Geboortenaam partner		Voorletters	
Geboortedatum		Geslacht	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Gewenst naamgebruik zorgvrager	<input type="checkbox"/> Geboortenaam <input type="checkbox"/> Naam partner <input type="checkbox"/> Geboortenaam + naam partner <input type="checkbox"/> Naam partner + geboortenaam		

2. UW HUISARTS			
Naam		Voorletters	
Telefoonnummer		Plaats	

3. UW ZORGVERZEKERAAR			
Bent u verzekerd?	<input type="checkbox"/> Nee, ga verder naar vraag 4 <input type="checkbox"/> Ja		
Naam verzekeraar		Polisnummer	

4. UW ADRESGEGEVENS			
Straat		Huisnummer	
Postcode		Plaats	
Telefoonnummer		Mobiel nummer	
E-mail adres			
Tijdelijk verblijfadres - indien van toepassing			
Vanaf datum		Tot datum	
Soort verblijfadres	<input type="checkbox"/> Zorginstelling Naam instelling:		
	Afdeling: Kamer:		
Soort verblijfadres	<input type="checkbox"/> Particuliere relatie Soort relatie:		
Straat		Huisnummer	
Postcode		Plaats	
Telefoonnummer		Mobiel nummer	



Aanvraagformulier

Geboortenaam	
Geboortedatum	

5. IS ER SPRAKE VAN EEN WETTELIJK VERTEGENWOORDIGER?			
<input type="checkbox"/> Nee, ga verder naar vraag 6		<input type="checkbox"/> Ja, graag hieronder invullen	
Achternaam		Voorletters	
Straat		Huisnummer	
Postcode		Plaats	
Telefoonnummer		Mobiel nummer	
E-mail adres			
Relatie tot zorgvrager			

6. UW SOORT WONING	
<input type="checkbox"/> Eengezinswoning	<input type="checkbox"/> Woonwagen
<input type="checkbox"/> Appartement / flatwoning (gelijkvloers met lift tussen etages)	<input type="checkbox"/> Woonboot
<input type="checkbox"/> Appartement / flatwoning (gelijkvloers zonder lift tussen etages)	<input type="checkbox"/> Zwervend, dakloos
<input type="checkbox"/> AWBZ-instelling (verzorgingshuis, verpleeghuis, begeleid wonen etc.)	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk:

7. UW LEEFSITUATIE				
<input type="checkbox"/> Alleenstaand				
<input type="checkbox"/> Samenlevend met partner (gegevens partner invullen bij vraag 1) en/of				
<input type="checkbox"/> Samenlevend met andere huisgenoten, namelijk (vul hieronder in)				
1	Naam		Voorletters	
	Geboortedatum		Geslacht	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
	Relatie tot zorgvrager			
2	Naam		Voorletters	
	Geboortedatum		Geslacht	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
	Relatie tot zorgvrager			
3	Naam		Voorletters	
	Geboortedatum		Geslacht	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
	Relatie tot zorgvrager			
4	Naam		Voorletters	
	Geboortedatum		Geslacht	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
	Relatie tot zorgvrager			
5	Naam		Voorletters	
	Geboortedatum		Geslacht	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
	Relatie tot zorgvrager			



Aanvraagformulier

Geboortenaam	
Geboortedatum	

8. HEEFT U EEN CONTACTPERSOON?

Nee, ga verder naar vraag 9 Ja, graag hieronder invullen

1^e Contactpersoon

Achternaam		Voorletters	
Straat		Huisnummer	
Postcode		Plaats	
Telefoonnummer		Mobiel nummer	
Relatie tot zorgvrager			

Eventueel 2^e Contactpersoon

Achternaam		Voorletters	
Straat		Huisnummer	
Postcode		Plaats	
Telefoonnummer		Mobiel nummer	
Relatie tot zorgvrager			

9. UW POSTADRES

Naar welk adres kan de post worden gestuurd?

Mijn woonadres 1e contactpersoon (al ingevuld bij 8)
 Wettelijk vertegenwoordiger 2e contactpersoon (al ingevuld bij 8)
 Anders, namelijk (vul hieronder in)

Straat		Huisnummer	
Postcode		Plaats	

10. AANLEIDING VOOR UW VRAAG OM HULP EN/OF VOORZIENINGEN

Wat is de directe aanleiding van uw vraag, welke problemen ervaart u op dit moment?

Benoem uw ziekte/aandoening/klachten.



Aanvraagformulier

Geboortenaam	
Geboortedatum	

Dit gedeelte hoeft u alleen in te vullen als u een aanvraag doet voor AWBZ zorg
(zie toelichting bij het aanvraagformulier bladzijde 1)

11. WELKE HULP OF ZORG HEEFT U NODIG?		
<input type="checkbox"/> Persoonlijke verzorging	<input type="checkbox"/> Activerende begeleiding	
<input type="checkbox"/> Ondersteunende begeleiding	<input type="checkbox"/> Behandeling	
<input type="checkbox"/> Verpleging	<input type="checkbox"/> Verblijf (zie hieronder)	
Indien u kiest voor Verblijf, hoeveel dagen (etmalen) in de week wilt u gaan verblijven?		
<input type="checkbox"/> 1 dag	<input type="checkbox"/> 2 dagen	<input type="checkbox"/> 3 dagen
<input type="checkbox"/> 4 dagen	<input type="checkbox"/> 5 dagen	<input type="checkbox"/> 6 dagen
<input type="checkbox"/> 7 dagen		
Eventuele toelichting:		
Hoe lang denkt u de zorg nodig te hebben?	<input type="checkbox"/> Minder dan 3 maanden	<input type="checkbox"/> Tussen de 3 en 6 maanden
	<input type="checkbox"/> Tussen de 6 maanden en 1 jaar	<input type="checkbox"/> Langer dan 1 jaar
	<input type="checkbox"/> Onbepaalde tijd (=voor altijd)	<input type="checkbox"/> Onbekend
Is de zorg al gestart?	<input type="checkbox"/> Nee, gewenste startdatum:	<input type="checkbox"/> Ja, op:

12. GEWENSTE LEVERING			
Hoe wilt u de zorg ontvangen?	<input type="checkbox"/> Persoonsgebonden budget (PGB)		
	<input type="checkbox"/> Zorg in natura (ZIN)		
	Indien u kiest voor 'Zorg in natura', kunt u hieronder aangeven van welke instelling u de zorg wilt ontvangen.		
Naam instelling			
Straat		Huisnummer	
Postcode		Plaats	



Aanvraagformulier

Geboortenaam	
Geboortedatum	

Dit gedeelte hoeft u alleen in te vullen als u een aanvraag doet voor Wmo voorzieningen
(zie toelichting bij het aanvraagformulier bladzijde 1)

13. BANK- OF GIRONUMMER EN BSN/SOFI-NUMMER			
Bank- of gironummer		BSN/SOFI	

14. WELKE WMO VOORZIENINGEN HEEFT U NODIG?

Hulp bij het huishouden

Hoe lang denkt u de hulp nodig te hebben?	<input type="checkbox"/> Minder dan 3 maanden	<input type="checkbox"/> Tussen de 3 en 6 maanden	
	<input type="checkbox"/> Tussen de 6 maanden en 1 jaar	<input type="checkbox"/> Langer dan 1 jaar	
	<input type="checkbox"/> Onbepaalde tijd (=voor altijd)	<input type="checkbox"/> Onbekend	
Gewenste startdatum		Voorkeursleverancier	

Eventuele toelichting:

Rolstoelvoorziening

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Handbewogen rolstoel | <input type="checkbox"/> Sportrolstoel |
| <input type="checkbox"/> Duwwandelwagen | <input type="checkbox"/> Rolstoelaanpassing |
| <input type="checkbox"/> Elektrische rolstoel | <input type="checkbox"/> Anders, nl.: |

Eventuele toelichting:

Vervoersvoorziening

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Collectief vervoer | <input type="checkbox"/> Gesloten buitenwagen | <input type="checkbox"/> Bruikleenauto(bus) |
| <input type="checkbox"/> Driewiel- en aangepaste fiets | <input type="checkbox"/> Vervoerskostenvergoeding | <input type="checkbox"/> Anders, nl.: |
| <input type="checkbox"/> Scootmobiel | <input type="checkbox"/> Autoaanpassing | |

Eventuele toelichting:

Woonvoorziening: Bouwkundige woningaanpassing

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trap | <input type="checkbox"/> Berging |
| <input type="checkbox"/> Keuken | <input type="checkbox"/> Drempels |
| <input type="checkbox"/> Toilet/natte cel | <input type="checkbox"/> Anders, nl.: |

Eventuele toelichting:



Aanvraagformulier

Geboortenaam	
Geboortedatum	

14. WELKE WMO VOORZIENINGEN HEEFT U NODIG? (VERVOLG)

Woonvoorzieningen: Roerende woonvoorziening

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Douchestoel | <input type="checkbox"/> Tillift | <input type="checkbox"/> Badlift |
| <input type="checkbox"/> Toiletstoel | <input type="checkbox"/> Badplank | <input type="checkbox"/> Douchebrancard |
| <input type="checkbox"/> Douche-toiletstoel | <input type="checkbox"/> Toiletverhoger | <input type="checkbox"/> Anders, nl.: |

Eventuele toelichting:

Woonvoorzieningen: Overig

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Woningenanering | <input type="checkbox"/> Verhuis/inrichtingskosten |
|--|--|

Eventuele toelichting:

Overige voorzieningen

Toelichting en nadere specificaties van de eventuele overige voorziening:



Aanvraagformulier

Geboortenaam	
Geboortedatum	

Dit gedeelte altijd invullen

15. AANWEZIGE ZORG EN/OF HULP		
Heeft u op dit moment zorg van een betaalde/professionele organisatie of instelling?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, naam organisatie/instelling:	
Heeft u op dit moment vrijwillige hulp van anderen (huisgenoten, familie, buren en vrienden)	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, graag hieronder invullen	
U kunt hier aangeven bij welke functies u hulp van anderen krijgt, zodat u geen gebruik hoeft te maken van betaalde/professionele hulp. Geef aan hoeveel uur hulp u per week van anderen krijgt en van wie.	Huisgenoot	Familie, buren, vrienden
	<i>Aantal uren per week</i>	
Hulp bij het huishouden Denk hierbij aan de volgende activiteiten: boodschappen doen, maaltijden bereiden, schoonhouden van het huis of de was doen.	—	—
Hulp bij persoonlijke verzorging Denk hierbij aan de volgende activiteiten: wassen/douchen, aan- en uitkleden, in en uit bed gaan, verplaatsen in zit- of lighouding, naar het toilet gaan, aan- of uittrekken steunkousen. <i>In de toelichting staan meer voorbeelden.</i>	—	—
Hulp bij verpleging Denk hierbij aan de volgende activiteiten: compressief zwachtelen, injecteren, inbrengen sonde of infuus, wondverzorging, ondersteuning bij uitscheiding (katheter, klysma), toedienen medicijnen via injectie of infuus, uitzuigen mond/keelholte. <i>In de toelichting staan meer voorbeelden.</i>	—	—
Ondersteunende begeleiding Denk hierbij aan de volgende activiteiten: helpen plannen van activiteiten, regelen van dagelijkse zaken, het nemen van besluiten, structureren van de dag, het organiseren van sociale participatie, stimuleren om bepaalde activiteiten te ondernemen en sociale contacten te onderhouden.	—	—
	Huisgenoot	Familie, buren, kennissen
	<i>Dagen per week</i>	
Toezicht / aanwezigheid U kunt niet meer zelfstandig thuis wonen zonder hulp van anderen. Daarom is er een aantal dagen in de week iemand 24 uur per dag in uw nabijheid aanwezig, zodat u niet naar een verblijfsinstelling hoeft. U kunt hier aangeven hoeveel dagen per week dit het geval is.	—	—
Verwacht u in de komende periode veranderingen in de hulp die u van anderen krijgt of verwacht u veranderingen in de hulp die u zelf nodig heeft?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, geef hieronder een toelichting	



Aanvraagformulier

Geboortenaam	
Geboortedatum	

15. AANWEZIGE ZORG EN/OF HULP (VERVOLG)			
Bij de beoordeling van uw zorgaanvraag wil het CIZ mogelijk afstemmen met mensen van wie u de hulp krijgt. Wij verzoeken u daarom naam en telefoonnummers van deze personen op te geven.			
Naam	Telefoonnummer	Relatie	
		<input type="checkbox"/> Huisgenoot	<input type="checkbox"/> Familie, kennis, burens
		<input type="checkbox"/> Huisgenoot	<input type="checkbox"/> Familie, kennis, burens
		<input type="checkbox"/> Huisgenoot	<input type="checkbox"/> Familie, kennis, burens
		<input type="checkbox"/> Huisgenoot	<input type="checkbox"/> Familie, kennis, burens

16. AANWEZIGE HULPMIDDELEN EN/OF VOORZIENINGEN	
Maakt u momenteel gebruik van hulpmiddelen en/of voorzieningen?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, graag hieronder invullen

17. AANWEZIGE BEHANDELAAR			
Heeft u een behandelaar?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, graag hieronder invullen		
Achternaam		Voorletters	
Functie			
Instelling			
Hoe lang bent u onder behandeling?	<input type="checkbox"/> korter dan één jaar		<input type="checkbox"/> één jaar of langer



Aanvraagformulier

Geboortenaam	
Geboortedatum	

18. MET WIE KAN HET CIZ EVENTUEEL CONTACT OPNEMEN VOOR NADERE INFORMATIE OVER U?

<input type="checkbox"/> 1e contactpersoon	<input type="checkbox"/> 2e contactpersoon
<input type="checkbox"/> Wettelijk vertegenwoordiger	<input type="checkbox"/> Iemand anders, namelijk (hieronder invullen)
Achternaam	Voorletters
Straat	Huisnummer
Postcode	Plaats
Telefoonnummer	Mobiel nummer
Relatie tot zorgvrager	

19. BIJZONDERE JURIDISCHE STATUS?

Is er sprake van een bijzondere juridische status?	<input type="checkbox"/> Nee, ga verder naar vraag 20	
	<input type="checkbox"/> Ja, vink aan in onderstaande lijst	
<input type="checkbox"/> Onder toezichtstelling (OTS)	<input type="checkbox"/> In bewaringstelling (IBS)	<input type="checkbox"/> Voogdij
<input type="checkbox"/> Bewindvoering	<input type="checkbox"/> Mentorschap	<input type="checkbox"/> Onder curatele stelling
<input type="checkbox"/> Zaakwaarneming	<input type="checkbox"/> Rechterlijke Machtiging op eigen verzoek	<input type="checkbox"/> Rechterlijke Machtiging met voorwaardelijk ontslag
<input type="checkbox"/> Rechterlijke Machtiging (RM) voorlopig/voortgezette machtiging	<input type="checkbox"/> Strafrechterlijke justitiële contacten: TBS	<input type="checkbox"/> Strafrechterlijke justitiële contacten: Overig

20. HEEFT U EEN TOLK NODIG?

<input type="checkbox"/> Nee, ga verder naar vraag 21	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk (hieronder invullen)
Welke taal?	
Indien van toepassing	<input type="checkbox"/> doven <input type="checkbox"/> doofblinden

21. UW NATIONALITEIT/BIJZONDERE VERBLIJFSSTATUS

Nationaliteit	<input type="checkbox"/> Nederlands <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:
Verblijfstatus	<input type="checkbox"/> Werkvergunning <input type="checkbox"/> Tijdelijk <input type="checkbox"/> Gedoog <input type="checkbox"/> Permanent

22. RELEVANTE INFORMATIE VOOR HET AFHANDELEN VAN UW AANVRAAG

Indien u relevante informatie heeft die de indicatiesteller bij het onderzoek nodig kan hebben, kunt u die alvast meesturen. U voorkomt daarmee vertraging in de afhandeling van uw aanvraag (zie toelichting).

Stuurt u aanvullende documenten mee met dit aanvraagformulier?	<input type="checkbox"/> Nee, ga verder naar vraag 23
	<input type="checkbox"/> Ja, geef hieronder kort aan welke informatie u mee stuurt
<ul style="list-style-type: none">■■■■	



Aanvraagformulier

Geboortenaam	
Geboortedatum	

23. ZIJN ER ANDERE BIJZONDERHEDEN DIE VOOR UW AANVRAAG VAN BELANG ZIJN?

De verwerking van de verstrekte gegevens vindt uitsluitend plaats overeenkomstig de bepalingen in het Privacyreglement van het CIZ. Op grond van dit reglement heeft een aanvrager en ieder ander wiens persoonlijke gegevens in het kader van dit onderzoek worden geregistreerd het recht op inzage en eventuele verbetering, aanvulling en verwijdering van de door het CIZ geregistreerde persoonlijke gegevens. Indien de aanvrager dat wenst kan een gemachtigde deze rechten voor hem uitoefenen.



Verklaring bij aanvraagformulier

Naam		Voorletters	
Geboortedatum			

1)	Zijn uw gegevens ten behoeve van de aanvraag voor zorg en voorzieningen juist en naar waarheid door of namens u verstrekt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
2)	Geeft u uw huisarts of een andere behandelaar toestemming om in verband met de gevraagde indicatie zondig medische gegevens te verstrekken aan het CIZ (zoals diagnose, testresultaten)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
3)	Geeft u personen of instellingen die u professionele of vrijwillige zorg verlenen toestemming om in verband met de gevraagde indicatie gegevens te verstrekken? Het CIZ kan bijvoorbeeld vragen welke zorg u nu geboden wordt.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
4)	Het CIZ verzamelt allerlei gegevens die van belang zijn voor het beoordelen van uw aanvraag: uw personalia, informatie over uw gezondheid, uw beperkingen (wat kunt u wel/niet), uw woning en woonomgeving, uw sociale omstandigheden en de hulp die u nu krijgt. De beoordeling van die informatie kan leiden tot een indicatie voor AWBZ zorg en/of tot een advies voor Wmo voorzieningen. Geeft u het CIZ toestemming uw gegevens door te geven aan de instelling die de geïndiceerde AWBZ zorg gaat bieden en/of de gemeente die het Wmo advies in behandeling neemt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

Opmerking

Als het CIZ niet bevoegd is om uw aanvraag in behandeling te nemen, dan stuurt het CIZ uw aanvraag door naar de instantie die daartoe wel bevoegd is.

Datum		Plaats	
Handtekening:			

Ondertekening door iemand anders dan zorgvrager (gemachtigde of wettelijk vertegenwoordiger)	
Naam ondertekenaar (in blokletters)	
Telefoonnummer	
Relatie tot zorgvrager	
Handtekening:	
Indien dit aanvraagformulier niet is ondertekend door zorgvrager, wat is daarvan de reden?	
Is deze aanvraag en het eventueel bijvoegen van aanvullende informatie besproken met de zorgvrager?	
<input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> Nee, omdat:	

U kunt het formulier opsturen naar het CIZ-kantoor bij u in de regio. U kunt dit vinden via onze website www.ciz.nl. Kies onder het kopje 'CIZ in uw regio' voor de optie 'postcodeprogramma'. U kunt dan middels de cijfers van een postcode de dichtstbijzijnde vestiging van het CIZ vinden. Of kijk in het telefoonboek onder RIO of CIZ.