

## Mantelzorgverklaring

Ondergetekende meldt zich aan als mantelzorger en wil in aanmerking komen voor de huishoudelijke hulp regeling voor mantelzorgers (HHM-regeling). Mantelzorger verklaart ten minste 8 uur in de week en langer dan 3 maanden mantelzorg te verlenen. Graag dit formulier zo volledig mogelijk invullen.

Gegevens mantelzorger			
Naam			
Straat			
Postcode/woonplaats			
Geboortedatum			
BSN			
Telefoonnummer		Email	
Ik ben mantelzorger voor:			
Naam			
Straat			
Postcode/woonplaats			
Geboortedatum			
BSN			
Telefoonnummer		Email	
Relatie tot de zorgvrager: (kruis één van onderstaande opties aan)			
<input type="checkbox"/>	Partner	<input type="checkbox"/>	Schoonouders
<input type="checkbox"/>	Ouders	<input type="checkbox"/>	Ander familielid
<input type="checkbox"/>	Kind	<input type="checkbox"/>	Vriend of kennis
Waarom heeft u als mantelzorger hulp nodig?			
<input type="checkbox"/>	Lichamelijke problemen	<input type="checkbox"/>	Geen tijd voor mezelf
<input type="checkbox"/>	Psychische problemen	<input type="checkbox"/>	Anders, nl:
<input type="checkbox"/>	Ouderdom		
Ik verricht de volgende werkzaamheden als mantelzorger bij de zorgvrager: (meerdere opties mogelijk):			
<input type="checkbox"/>	Huishoudelijke taken	<input type="checkbox"/>	Administratie
<input type="checkbox"/>	Vervoer	<input type="checkbox"/>	Persoonlijke verzorging / verpleging
<input type="checkbox"/>	Begeleiding	<input type="checkbox"/>	Anders, nl:

Ik verricht mijn mantelzorgtaken:			
<input type="checkbox"/>	Dagelijks	<input type="checkbox"/>	1 tot 2 maal per maand
<input type="checkbox"/>	1 tot 2 maal per week	<input type="checkbox"/>	Minder dan 1 x per maand
<input type="checkbox"/>	Anders, nl:		
AANTAL UUR PER WEEK MANTELZORG:			
Keuze zorgaanbieder voor de huishoudelijke hulp aankruisen:			
<input type="checkbox"/>	Actief Zorg	<input type="checkbox"/>	Poetszorg
<input type="checkbox"/>	Acteon Thuiszorg	<input type="checkbox"/>	Laverhof
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	TZorg
De mantelzorger verklaart de gegevens naar waarheid te hebben ingevuld en met onderstaande voorwaarden akkoord te zijn en te hebben begrepen:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Omstandigheden die van invloed zijn op de inhoud van deze verklaring (bijvoorbeeld verhuizing, wijziging persoonlijke situatie, overlijden) dienen direct aan Bint en de zorgaanbieder te worden gemeld.</li> <li>• De huishoudelijke hulp is bedoeld om u als mantelzorger te ontlasten. De hulp kan <i>maximaal 12 maanden</i> worden ingezet. Dit geeft u de tijd om met BINT, het steunpunt mantelzorg of WegWijs te kijken naar oplossingen die structureel ingezet kunnen worden om u te ontlasten.</li> <li>• De kosten voor de hulp zijn € 7,50 per uur en betaalt u rechtstreeks aan de zorgaanbieder.</li> <li>• U wordt als mantelzorger geregistreerd bij BINT.</li> <li>• Een medewerker van BINT kan u uitnodigen voor een gesprek over ondersteuning van u als zijnde mantelzorger.</li> </ul>			
Ondertekening			
Datum			
Handtekening mantelzorger			

**DIT FORMULIER VERZENDEN NAAR:**
**BINT voor welzijn & ondersteuning**

Meander 3A 5271 GC Sint-Michielsgestel

Telefoon: 073-5515432

 Mail: [info@bintwelzijn.nl](mailto:info@bintwelzijn.nl)
**IN TE VULLEN DOOR MEDEWERKER BINT:**
**VERKLARING Stichting Brede Welzijn- en Zorginstelling Sint-Michielsgestel BINT**

verklaart "de toegang" voor de maatwerkvoorziening HHM gewogen en getoetst te hebben op basis van de EDIZ-berekeningscore (Ervaren Druk door Informele Zorg).

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

Naam: \_\_\_\_\_

**VERKLARING WEGWIJS**

Het college van B&amp;W gemeente Sint-Michielsgestel verklaart op grond van de ontvangen ingevulde HHM-aanvraag en verklaringen van de mantelzorger "de toegang" voor de HHM-maatwerk-voorziening verleend te hebben.

Akkoord Teammanager zorg MijnGemeenteDichtbij: