**Aanvraagformulier Verblijf (Wonen)**

**voor rechthebbenden op zorg op basis van de RMO**

**TOELICHTING**

**Welke zorg kunt u met dit formulier aanvragen?**

U kunt met dit formulier een indicatie aanvragen voor verblijf (Wonen) zoals omschreven in de RMO. Het gaat hier om langdurig verblijf in een instelling.

**Aanvragen Verblijf (Wonen)**

U kunt zelf of met behulp van een contactpersoon deze aanvraag doen. Indien u de aanvraag voor iemand anders invult en namens de zorgvrager ondertekent, heeft u een schriftelijke toestemming (machtiging) nodig. Als die machtiging om gezondheidsredenen niet mogelijk is, geeft dit dan aan bij vraag 11b. Stuur de ondertekende machtiging mee met de aanvraag. Vul bij vraag 1 de gegevens in van degene die zorg nodig heeft. Onderteken zelf bij vraag 11b.

Voor kopieën van medische gegevens of hulp bij het invullen van vraag 7 kunt u contact zoeken met uw huisarts of een andere zorgverlener.

**Indicatieadvies en machtiging**

Bender onderzoekt op welke zorg u aanspraak kunt maken. Deze informatie wordt in een indicatieadvies gestuurd aan DSW Zorgverzekeraar, als uitvoerder van de RMO.

U ontvangt het indicatieadvies en kunt hiermee contact opnemen met de gewenste zorginstelling.

Bij een negatief indicatieadvies van Bender ontvangt u binnen 6 weken een afwijzing.

**Complete aanvraag**

Voor een snelle afhandeling van uw aanvraag is het belangrijk dat deze compleet is. Indien het aanvraagformulier niet volledig is ingevuld of niet is ondertekend, wordt de aanvraag niet in behandeling genomen en retour gestuurd. De afhandeling van uw aanvraag loopt hierdoor vertraging op.

**Invullen en verzenden aanvraag**

U kunt dit formulier opslaan op uw computer en vervolgens invullen in Word. Print het ingevulde formulier uit en onderteken het.

U kunt het aanvraagformulier met de benodigde aanvullende (medische) informatie mailen naar [rmo@bendergroep.nl](mailto:rmo@bendergroep.nl). Mocht dit niet mogelijk zijn, kan de aanvraag verstuurd worden naar:

Bender Detachering BV T: 030 - 7670015

t.a.v. indicatieaanvraag RMO E: [rmo@bendergroep.nl](mailto:rmo@bendergroep.nl)

Orteliuslaan 879

3528 BE Utrecht

1. **Uw persoonlijke gegevens**

Het gaat hier om degene die zorg nodig heeft (de zorgvrager).

|  |  |
| --- | --- |
| **BSN** |  |
| **Achternaam** |  |
| **Voorletters** |  |
| **Roepnaam** *(als u zorg aanvraagt voor een kind)* |  |
| **Meisjesnaam** *(als u uw partners naam gebruikt)* |  |
| **Geslacht** | Man  Vrouw |
| **Geboortedatum** |  |
| **Burgerlijke staat**  *(Niet invullen als u zorg aanvraagt voor een kind)* | Gehuwd  Alleenstaand  Partnerschap (geregistreerd)  Gescheiden  Samenwonend  Weduwe / weduwnaar |
| **Land van herkomst** |  |

**1a. Uw woonadres**

|  |  |
| --- | --- |
| **Straat en huisnummer** |  |
| **Postcode en plaats** |  |
| **Telefoonnummer** |  |

**1b. Uw tijdelijk verblijfadres**

Alleen invullen indien van toepassing.

**Vanaf datum:**       **Tot datum:**

**Soort verblijfadres:**  Zorginstelling

Anders, namelijk:

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam zorginstelling, afdeling en kamernummer** *(indien van toepassing)* |  |
| **Straat en huisnummer** |  |
| **Postcode en plaats** |  |
| **Telefoonnummer** |  |

**1c. Uw woning**

Gemeentelijke opvang - GOO

Particuliere opvang - POO

Zorginstelling (ziekenhuis, verpleeghuis etc.)

Anders, namelijk:

1. **Uw partner**

Alleen invullen indien van toepassing.

|  |  |
| --- | --- |
| **Achternaam** |  |
| **Voorletters** |  |
| **Geslacht** | Man  Vrouw |
| **Geboortedatum** |  |
| **Telefoonnummer** |  |
| **Woont uw partner op hetzelfde adres als u?** | Ja  Nee |

1. **Uw wettelijk vertegenwoordiger**

Bij minderjarige kinderen gaat het hier om de ouders of voogd. In andere gevallen is een wettelijk vertegenwoordiger door de rechter aangewezen.

**Heeft u een wettelijk vertegenwoordiger?**  Nee

Ja 🡪 *vul hieronder in*

**Wat is de wettelijk vertegenwoordiger van u?**

Curator  Bewindvoerder  Ouder, met ouderlijk gezag

Voogd  Mentor  Anders, namelijk:

|  |  |
| --- | --- |
| **Achternaam** |  |
| **Voorletters** |  |
| **Geslacht** | Man  Vrouw |
| **Straat en huisnummer** |  |
| **Postcode en plaats** |  |
| **Telefoonnummer** |  |
| **E-mailadres** |  |

1. **Uw contactpersonen**

Een contactpersoon is iemand die we zullen benaderen wanneer we meer informatie nodig hebben over de aanvraag. Deze persoon moet dus op de hoogte zijn van uw situatie. U hoeft hier niet uw partner te vermelden (die staat al bij vraag 2).

|  |  |
| --- | --- |
| **Contactpersoon 1** | |
| **Naam instelling** *(indien van toepassing)* |  |
| **Achternaam** |  |
| **Voorletters** |  |
| **Geslacht** | Man  Vrouw |
| **Wat is de contactpersoon van u?** | Hulpverlener  Familie, namelijk:  Anders, namelijk: |
| **Straat en huisnummer** |  |
| **Postcode en plaats** |  |
| **Telefoonnummer** |  |
| **E-mailadres** |  |
| **Bereikbaarheid** *(geef dagen en/of tijdstippen aan tijdens kantooruren)* |  |
| **Contactpersoon 2** | |
| **Naam instelling** *(indien van toepassing)* |  |
| **Achternaam** |  |
| **Voorletters** |  |
| **Geslacht** | Man  Vrouw |
| **Wat is de contactpersoon van u?** | Hulpverlener  Familie, namelijk:  Anders, namelijk: |
| **Straat en huisnummer** |  |
| **Postcode en plaats** |  |
| **Telefoonnummer** |  |
| **E-mailadres** |  |
| **Bereikbaarheid** *(geef dagen en/of tijdstippen aan tijdens kantooruren)* |  |

1. **Heeft u een tolk nodig?**

We kunnen u benaderen met nadere vragen over uw aanvraag. Indien u de Nederlandse taal nog niet voldoende machtig bent om deze vragen te kunnen beantwoorden, vult u onderstaand in voor welke taal u een tolk nodig heeft.

**Heeft u of uw contactpersoon een tolk nodig bij de beantwoording van vragen over uw indicatie?**

Nee

Ja, voor de volgende taal:

1. **Uw behandelaars**

**6a. Huisarts**

|  |  |
| --- | --- |
| **Achternaam** |  |
| **Voorletters** |  |
| **Straat en huisnummer** |  |
| **Postcode en plaats** |  |
| **Telefoonnummer** |  |
| **Bereikbaarheid** *(geef dagen en/of tijdstippen aan tijdens kantooruren)* |  |

**6b. Overige behandelaars**

|  |  |
| --- | --- |
| **Behandelaar 1** | |
| **Naam instelling** |  |
| **Functie** |  |
| **Achternaam en voorletters** |  |
| **Plaats** |  |
| **Telefoonnummer** |  |
| **Bereikbaarheid** *(geef dagen en/of tijdstippen aan tijdens kantooruren)* |  |
| **Behandelaar 2** | |
| **Naam instelling** |  |
| **Functie** |  |
| **Achternaam en voorletters** |  |
| **Plaats** |  |
| **Telefoonnummer** |  |
| **Bereikbaarheid** *(geef dagen en/of tijdstippen aan tijdens kantooruren)* |  |

1. **Aanleiding voor uw vraag om verblijf in een instelling**

**Welke ziekte, aandoening of klacht heeft u?**

Vermeld indien mogelijk: de diagnose, door wie de diagnose is gesteld, de datum waarop de diagnose is gesteld.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Welke problemen heeft u hierdoor?**

Is er sprake van een verstandelijke handicap, vermeld dan het IQ volgens de meest actuele test en het jaar waarin deze test heeft plaatsgevonden.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Van welke instelling wilt u uw zorg ontvangen?**

U kunt hier aangeven welke zorgaanbieder uw voorkeur heeft. Dit geeft geen garantie dat u ook daadwerkelijk de zorg zal ontvangen van deze zorgaanbieder.

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam instelling** |  |
| **Straat en huisnummer** |  |
| **Postcode en plaats** |  |

1. **Overige relevante informatie voor het afhandelen van uw aanvraag**

Wilt u nog iets zeggen dat u niet op het formulier heeft kunnen invullen en wel voor uw aanvraag van belang is? U kunt deze ruimte ook gebruiken voor extra toelichting.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Documenten meesturen**

Om uw aanvraag te kunnen behandelen moet deze compleet en ondertekend zijn. Vink aan welke documenten u meestuurt met de aanvraag, zodat u niets vergeet.

**De machtiging** *(verplicht als u iemand gemachtigd heeft om deze aanvraag te doen)*

**Een bewijs dat u de wettelijk vertegenwoordiger bent** *(verplicht indien van toepassing)*

**Kopieën van medische gegevens die belangrijk zijn voor uw aanvraag:**

Documenten waarin staat wat de diagnose is, door wie deze is gesteld en op welke datum *(verplicht)*.

Documenten over het verloop van de ziekte of aandoening, de behandelingen en bijkomende problemen *(verplicht)*.

Informatie over hoe lang en hoe vaak er naar verwachting zorg nodig is. Is er bijvoorbeeld blijvend zorg nodig? Moet er altijd zorg dichtbij zijn? Is er 24 uur per dag zorg nodig?

Informatie over hoe de ziekte of aandoening het functioneren van de cliënt beperkt.

Informatie over het psychisch en sociaal functioneren van de cliënt, bijvoorbeeld over de mogelijkheden die de cliënt nog heeft.

**Overige informatie, namelijk:**      

1. **Ondertekening**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gegevens zorgvrager** | |
| **BSN** |  |
| **Achternaam** |  |
| **Voorletters** |  |

1. Zijn uw gegevens ten behoeve van de aanvraag naar waarheid door u of namens u verstrekt?

Ja

Nee

1. Geeft u uw huisarts toestemming om uw (medische) gegevens aan ons te geven, als dat nodig is voor het onderzoek?

Ja

Nee

1. Als u andere behandelaar(s) heeft: geeft u uw behandelaar(s) toestemming om uw (medische) gegevens aan ons te geven, als dat nodig is voor het onderzoek?

Ja

Nee

1. Als u nu al zorg krijgt van mensen of organisaties: geeft u deze mensen of organisaties toestemming om (medische) gegevens aan ons te geven, als dat nodig is voor het onderzoek?

Ja

Nee

1. Bender verzamelt allerlei gegevens die van belang zijn voor het beoordelen van uw aanvraag, zoals uw personalia, informatie over uw gezondheid, uw beperkingen, uw woning en woonomgeving, uw sociale omstandigheden en de hulp die u nu krijgt. De beoordeling van deze informatie kan leiden tot een indicatieadvies voor zorg.

Geeft u Bender toestemming uw gegevens door te geven aan DSW Zorgverzekeraar, uitvoerder van de Regeling Medische zorg Oekraïne, die op basis van dit advies de indicatie kenbaar maakt?

Ja

Nee

1. Met een Benderindicatie kan uw zorgverlener zoeken naar een passende zorginstelling. Geeft u toestemming aan uw huidige zorgverlener voor het verstrekken van uw medische gegevens aan zorginstellingen waar u mogelijk terecht kunt?

Ja

Nee

**11a. Uw ondertekening**

Door te ondertekenen verklaart u dat u het formulier naar waarheid heeft ingevuld.

**Datum:**       **Handtekening** **zorgvrager** (te plaatsen na printen):

**Plaats:**       ………………………………………………………………………

**11b. Ondertekening door gemachtigde**

Door te ondertekenen verklaart u dat u het formulier naar waarheid heeft ingevuld.

|  |  |
| --- | --- |
| **Gegevens gemachtigde** | |
| **Achternaam** |  |
| **Voorletters** |  |
| **Burgerservicenummer (BSN)** |  |
| **Telefoonnummer** |  |
| **Wat bent u van de zorgvrager?** | partner  wettelijk vertegenwoordiger  zorgaanbieder  contactpersoon  anders, namelijk: ………………………………………………………………….. |

**Heeft u geen schriftelijke machtiging van de zorgvrager? Geef dan aan waarom dit formulier niet is ondertekend door de zorgvrager.**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**Heeft u deze aanvraag besproken met de zorgvrager?**

Ja

Nee, omdat *(vul hieronder in)*

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**Datum:**       **Handtekening** **gemachtigde** (te plaatsen na printen):

**Plaats:**        ………………………………………………………………………

De verwerking van de verstrekte gegevens vindt uitsluitend plaats overeenkomstig de bepalingen in het Privacyreglement van Bender. 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 Bender geregistreerde persoonlijke gegevens. Indien de aanvrager dat wenst, kan een gemachtigde deze rechten voor hem uitoefenen.