

Aanvraagformulier doventolkuren in de privé-situatie (leefsituatie) 2010

In het kader van Artikel 12 van het Besluit Zorgaanspraken AWBZ.

Gegevens cliënt

Voorletters : Achternaam :
Geslacht : man vrouw Geb. datum : / / Gehuwd: ja nee
Adres :
Postcode : Woonplaats :
BSN :
E-mailadres :

Ziektekostenverzekering

Naam basisverzekeraar:
Adres :
Postcode : Plaats:
Polisnummer :

Aanvraaggegevens

Omdat het voor ons duidelijk moet zijn dat u doof of slechthorend bent en bent aangewezen op een gebaren- of schrijftolk dient u één van de onderstaande verklaringen mee te sturen met dit ingevulde en ondertekende aanmeldingsformulier.

- Verklaring van huisarts of behandelend KNO-arts.
- Verklaring van dovenonderwijsinstelling waar u thans of in het verleden onderwijs heeft genoten.
- Kopie van een eerdere toekenning van tolkuren van UWV (werk- of studie) of regionaal Zorgkantoor.
- Kopie van audiogram van Audiologisch Centrum

**Vergeet u niet om één van de bovengenoemde verklaringen bij te voegen.
Zonder deze verklaring kunnen wij uw aanvraag niet in behandeling nemen !**

Ondertekening

Datum : Handtekening cliënt:

**Het ingevulde en ondertekende formulier mét de gevraagde bijlage kunt u in een enveloppe
zonder postzegel opsturen naar:**

**Menzis Zorgkantoor
t.a.v. Team Doventolken
Antwoordnummer 2485
7500 WB ENSCHEDE**

* Per kalenderjaar worden maximaal 30 uren (dove cliënten) of 168 uren (doof-blinde cliënten) vergoed.