

**Aanvraagformulier 2023**

**Individuele subsidie voor een aanvalsdetectieapparaat**

Door epilepsie kan iemand voor extra kosten komen te staan. Voor extra kosten voor een aanvalsdetectieapparaat kan een hulpverlener bij EpilepsieNL een individuele subsidie aanvragen. Het gaat er dan om dat het apparaat (medisch) noodzakelijk is en/of in hoge mate bijdraagt aan de kwaliteit van leven. Voor de kosten moet geen of slechts gedeeltelijke vergoeding bestaan vanuit de zorgverzekering of andere instanties. Bovendien kan iemand de kosten zelf niet (geheel) betalen.

Alleen een hulpverlener kan een aanvraag indienen.

Iemand komt alleen in aanmerking voor subsidie als eerst een aanvraag is ingediend bij de eigen zorgverzekeraar, het zorgloket/WMO van de gemeente en een eventueel het noodfonds van de gemeente. Lees ook de informatie en voorwaarden op: <https://www.epilepsie.nl/subsidie-aanvragen-aanvalsdetectie-apparatuur>

***U dient het aanvraagformulier volledig in te vullen en de gevraagde bijlagen toe te voegen.***

**1. Persoonsgegevens**

**a. Voor wie wordt de subsidie aangevraagd?**

Voornaam, voorletters en achternaam: ……………………………………………………….. **M/V**

Straat: ……………………………………Huisnummer: ……...

Postcode: ………………………………..Woonplaats:……………………….…………………

Telefoonnummer: ……….………………………

Geboortedatum: ……………….………………...

E-mail: …………………………………………….

**b. Door wie wordt de subsidie aangevraagd?**

Voornaam, voorletters en achternaam: ………………………………………………………..**M/V**

Naam hulpverlenende instantie (*indien van toepassing*): …………………………………..……

Straat: ……………………………………Huisnummer: ….…..

Postcode: ………………………………..Woonplaats:……………………………..………………

Telefoonnummer: ……….………………………

E-mail: …………………………………………….

Wat is uw relatie tot degene voor wie de subsidie bestemd is? ………………….………………

**2. Het aangevraagde apparaat**

**a. Voor welk apparaat wordt de subsidie aangevraagd?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**b. Licht toe waarom het apparaat noodzakelijk of gewenst is.**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**c. Wat zijn de kosten voor het apparaat? Voeg een kostenraming en/of offerte(s) bij.**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**d. Is het apparaat 3 maanden uitgeprobeerd** [**in de leenregeling**](https://www.epilepsie.nl/over-epilepsie/hulpmiddelen/leenregeling)**? Indien nee, waarom niet?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**3. Informatie over de epilepsie**

**a. Wat voor soort aanvallen heeft degene waarvoor subsidie wordt aangevraagd?**

**Geef eventueel een beschrijving van de aanvallen.**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**b. Hoe vaak komen deze aanvallen voor (per maand, per jaar)?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**c. Bij welke (kinder)neuroloog of kinderarts is degene voor wie de subsidie wordt aangevraagd, onder behandeling voor de epilepsie?**

Naam arts:…………………………………………………..

Ziekenhuis: ……………………………………………….

Plaats ziekenhuis: …………………………………………..

***Belangrijk: Om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, hebben wij een toelichting op deze subsidieaanvraag nodig van de behandelend arts, epilepsieverpleegkundige of medisch maatschappelijk werker. In die toelichting moet beschreven staan waarom het apparaat waarvoor u subsidie aanvraagt, noodzakelijk is in verband met de epilepsie. Gebruik hiervoor het formulier in bijlage 1.***

**4. Financiële gegevens**

**a. Inkomensgegevens**

- Netto inkomen man/ouder per maand: € ………..……..

- Netto inkomen vrouw/ouder per maand: € ………………

- Netto inkomen meerderjarig werkend thuiswonend kind per maand: € …………….

***Kopie bijvoegen van een recente salarisstrook/-stroken (niet ouder dan 3 maanden).***

- (Dubbele) kinderbijslag: € …………….. per kwartaal

- Persoonsgebonden budget (Pgb): €………………….per………..…… (maand/kwartaal/jaar)

**Vermogen**

Spaar- en beleggingsgelden, totaal: € ………………………

**Schulden** (hypotheekschuld valt hier niet onder)

Is er sprake van schuld? **JA/NEE**

Zo ja: Totaalbedrag schuld: € ……………………

Bedrag maandelijkse afbetaling: € ………………..

**b. Woonlasten**

- Woont u in een huurwoning? **JA/NEE**

Zo ja: wat is de netto maandhuur (dus na aftrek van de huursubsidie)? € …………………..

- Woont u in een eigen woning? **JA/NEE**

Zo ja: wat is het netto hypotheekbedrag per maand (dus na aftrek van het

belastingvoordeel)? € …………………

**5. Andere subsidiebronnen/bijdragen**

**a. Welke andere fondsen hebt u benaderd en met welk resultaat?**

- …………………………………………………………………...resultaat:…………………………

- …………………………………………………………………...resultaat:…………………………

- …………………………………………………………………...resultaat:…………………………

- …………………………………………………………………...resultaat:…………………………

**b. Is aanspraak op wettelijke regelingen mogelijk? Zie de voorwaarden op** [**https://www.epilepsie.nl/subsidie-aanvragen-aanvalsdetectie-apparatuur**](https://www.epilepsie.nl/subsidie-aanvragen-aanvalsdetectie-apparatuur)

**Hebt u een aanvraag gedaan bij:**

- Bijzondere bijstand? **JA/NEE**

Zo ja: met welk resultaat? ……………………………………….……………………………….

- Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)? **JA/NEE**

Zo ja: met welk resultaat?.....................................................................................................

- (Aanvullende) ziektekostenverzekering? **JA/NEE**

Zo ja: met welk resultaat? ………………………………………………………………………...

- Wet langdurige zorg (Wlz)? **JA/NEE**

Zo ja: met welk resultaat? ………………………………………………………………………...

**c. Is voor degene voor wie de subsidie wordt aangevraagd, al eens eerder subsidie aangevraagd bij het Epilepsiefonds/EpilepsieNL? JA/NEE** Zo ja: in welk jaar was dat? …………..…..

**6. Uitbetaling subsidie**

Op welk rekeningnummer kunnen wij een eventuele subsidie overmaken?

**IBAN**: ……………………………………………………………..

**Ten name van**: …………………………………………………..

**Woonplaats**: ………………………………………………………

**7. Ondertekening**

*Deze aanvraag dient ondertekend te worden door degene voor wie de subsidie wordt aangevraagd, of door zijn/haar wettelijke vertegenwoordiger. Ondergetekende verklaart dat alle gegevens naar waarheid zijn ingevuld. Ondergetekende geeft EpilepsieNL toestemming om contact op te nemen met hem/haar en/of de hulpverlenende instantie en/of andere betrokkenen om, indien nodig, nadere informatie te vragen.*

**Naam:** …………………………………………………….

**Woonplaats**: ………………………………………………

**Datum:** …………………………………………………….

**Handtekening:** ………………………………………………

De volledig ingevulde en ondertekende aanvraag mét bijlagen bij voorkeur als pdf mailen naar:

[subsidie@epilepsie.nl](mailto:subsidie@epilepsie.nl)

Toe te voegen bijlagen:

- Bijlage 1 (in te vullen door de behandelend arts, epilepsieverpleegkundige of maatschappelijk werker)

- Salarisstrook/-stroken

- Kostenraming en/of offerte(s)

**Bijlage 1**

**Gegevens in te vullen door behandelend arts (neuroloog, kinderneuroloog, kinderarts), epilepsieverpleegkundige of medisch maatschappelijk werker.**

*EpilepsieNL kan onder bepaalde voorwaarden individuele subsidies verstrekken aan mensen met epilepsie. Dit betreft subsidie voor voorzieningen en kosten die (medisch) noodzakelijk of dringend gewenst zijn in verband met de epilepsie, die mensen zelf niet kunnen betalen en die ze nergens vergoed krijgen.*

*Uw patiënt heeft bij ons* ***een individuele subsidie aangevraagd voor een aanvalsdetectieapparaat****. Om deze aanvraag te kunnen beoordelen, hebben we een aantal gegevens nodig over de epilepsie.*

*We weten dat de KNMG als standpunt heeft dat een behandelend arts geen verklaringen afgeeft over een eigen patiënt, waarbij hij/zij een oordeel geeft over de (medische) geschiktheid of ongeschiktheid van een patiënt om bepaalde dingen wel of niet te doen. Het wordt afgeraden een medische verklaring af te geven, maar het verstrekken van feitelijke medische gegevens mag wel. Daarom vragen wij u onderstaande vragen te beantwoorden.*

Naam patiënt:………………………………………………………..

Adres:…………………………………………………………….......

Postcode en woonplaats:……………………………………………

Geboortedatum:………………………

Wat voor soort epilepsie of welk type aanvallen heeft de patiënt?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Gemiddelde frequentie van de aanvallen per maand/jaar:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Heeft de patiënt nu nog aanvallen?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Toelichting waarom de gevraagde voorziening volgens u noodzakelijk is:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Ingevuld door:**

Naam: ……………………………………………..

Functie: ……………………………………………………...

Ziekenhuis/Instelling: ……………………………………….

Plaats: ……………………………

Datum: …………………………..

Handtekening of stempel: