**Mantelzorgverklaring**

Ondergetekende meldt zich aan als mantelzorger en wil in aanmerking komen voorde 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) |
| **□** | Partner | **□** | Schoonouders |
| **□** | Ouders | **□** | Ander familielid |
| **□** | Kind | **□** | Vriend of kennis |
| **Waarom heeft u als mantelzorger hulp nodig?** |
| **□** | Lichamelijke problemen | **□** | Geen tijd voor mezelf |
| **□** | Psychische problemen | **□** | Anders, nl:  |
| **□** | Ouderdom |  |  |
| **Ik verricht de volgende werkzaamheden als mantelzorger bij de zorgvrager:** (meerdere opties mogelijk): |
| **□** | Huishoudelijke taken | **□** | Administratie |
| **□** | Vervoer | **□** | Persoonlijke verzorging / verpleging |
| **□** | Begeleiding | **□** | Anders, nl:  |

20170607 Mantelzorgverklaring BINT Sint-Michielsgestel BINT Sint-Michielsgestel DEF

|  |
| --- |
| **Ik verricht mijn mantelzorgtaken:**  |
| **□** | Dagelijks | **□** | 1 tot 2 maal per maand |
| **□** | 1 tot 2 maal per week | **□** | Minder dan 1 x per maand |
| **□** | Anders, nl:  |  |  |
| **AANTAL UUR PER WEEK MANTELZORG:**  |
| **Keuze zorgaanbieder voor de huishoudelijke hulp aankruisen:**  |
| **□** | Actief Zorg | **□** | Arons Zorg | **□** | TZorg |
| **□** | Zorggroep Elde  | **□** | Laverhof |
| **De mantelzorger verklaart de gegevens naar waarheid te hebben ingevuld en met onderstaande voorwaarden akkoord te zijn en te hebben begrepen:** |
| * 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.
* De huishoudelijke hulp is bedoeld om u als mantelzorger te ontlasten. De hulp kan *maximaal 12 maanden* 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.
* De kosten voor de hulp zijn € 7,50 per uur en betaalt u rechtstreeks aan de zorgaanbieder.
* U wordt als mantelzorger geregistreerd bij BINT.
* Een medewerker van BINT kan u uitnodigen voor een gesprek over ondersteuning van u als zijnde mantelzorger.
 |
| **Ondertekening** |
| Datum |  |
| Handtekening mantelzorger  |  |

**DIT FORMULIER VERZENDEN NAAR:**

**BINT voor welzijn & ondersteuning**

Postbus 168, 5270 AD Sint-Michielsgestel

Telefoon: 073-5515432

Mail: 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-berekeningsscore (Ervaren Druk door Informele Zorg).

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

**VERKLARING WEGWIJS**

Het college van B&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: R. Verhoeven