**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](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-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