

# Aanvraagformulier

(alleen bestemd voor cliënten woonachtig in Den Haag of randgemeenten)



**Stichting Zorg en Bijstand**  
Jacob van der Doesstraat 84  
2518 XR 's-Gravenhage  
Telefoon 070 - 345 45 31  
Fax 070 - 392 50 59  
E-mail: [info@zorgenbijstand.nl](mailto:info@zorgenbijstand.nl)

## Telefonisch spreekuur:

Dinsdag t/m vrijdag : 10.00 – 12.00 uur

\*(selecteer wat van toepassing is)

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

### Gegevens cliënt

Achternaam : \_\_\_\_\_ M V \*  
Voornamen : \_\_\_\_\_  
Geboortedatum : \_\_\_\_\_ Geboorteplaats en –land : \_\_\_\_\_  
Nationaliteit : \_\_\_\_\_ Verblijfsstatus : \_\_\_\_\_  
(indien van toepassing)  
Beroep of laatste dienstbetrekking : \_\_\_\_\_

### Gegevens partner

Achternaam : \_\_\_\_\_ M V \*  
Voornamen : \_\_\_\_\_  
Geboortedatum : \_\_\_\_\_ Geboorteplaats en –land : \_\_\_\_\_  
Nationaliteit : \_\_\_\_\_ Verblijfsstatus : \_\_\_\_\_  
(indien van toepassing)  
Beroep of laatste dienstbetrekking : \_\_\_\_\_

Burgerlijke staat :    Gehuwd \*    Samenwonend \*    Alleenstaand \*

Adres : \_\_\_\_\_

Postcode : \_\_\_\_\_ Woonplaats : \_\_\_\_\_

Telefoonnummer : \_\_\_\_\_ E-mailadres : \_\_\_\_\_

Aantal kinderen : \_\_\_\_\_

#### Sekse

M	V *	Geboortedatum : _____	Inwonend : Ja	Nee *	_____
M	V *	Geboortedatum : _____	Inwonend : Ja	Nee *	_____
M	V *	Geboortedatum : _____	Inwonend : Ja	Nee *	_____
M	V *	Geboortedatum : _____	Inwonend : Ja	Nee *	_____

#### Schoolgaand/beroep

### Bankgegevens

IBAN : \_\_\_\_\_ Saldotekort : Ja Nee \*

Tenaamstelling : \_\_\_\_\_

Geef bij saldotekort een alternatief IBAN : \_\_\_\_\_

Tenaamstelling : \_\_\_\_\_

**Inkomsten en uitgaven per maand invullen.**

	Inkomsten		Uitgaven
Salaris / pensioen cliënt	€ _____	Levensonderhoud / kostgeld	€ _____
Salaris / pensioen partner	€ _____	Huur	€ _____
Uitkering cliënt (AOW / ANW / WIA e.d)	€ _____	Kosten eigen woning	€ _____
		Energie	€ _____
Uitkering partner (AOW / ANW / WIA e.d)	€ _____	Water	€ _____
		Gemeentelijke- en Waterschapsheffingen	€ _____
Uitkering Participatiewet (Sociale dienst)	€ _____	Radio/televisie/internet	€ _____
		Telefoonkosten	€ _____
Andere uitkering te weten : _____	€ _____	Vervoerskosten (bijv. abonnement)	€ _____
Kinderbijslag	€ _____	Autokosten	
Heffingskortingen Belastingdienst	€ _____	- Benzinekosten	€ _____
		- Wegenbelasting	€ _____
Huurtoeslag	€ _____	- Autoverzekering	€ _____
Zorgtoeslag	€ _____	Zorgverzekering	€ _____
Kindgebonden budget	€ _____	Overige verzekeringen (bijv. opstal/inboedel/WA)	€ _____
Kostgeld meerderjarige Te weten : _____	€ _____	School / studiekosten	€ _____
		Contributies / abonnementen	€ _____
		Overige uitgaven	€ _____
		Aflossingen / inhoudingen	€ _____
<b>Totaal</b>	€ _____		€ _____

Zijn er spaartegoeden? Zo ja, € \_\_\_\_\_

Ontstaan van het probleem (Kan ook op apart blad beschreven worden):

---

---

---

---

---

---

---

---

Wat is er zelf door cliënt aan het probleem gedaan? Inzet – motivatie / plan van aanpak:

---

---

---

---

---

---

---

---

Welke hulpverleningsinstanties zijn erbij betrokken?

Instantie:

Naam hulpverlener:

Telefoonnr. hulpverlener:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Doel van de aanvraag en concreet bedrag (Kan ook op apart blad beschreven worden):

---

---

---

---

---

Is er een beroep gedaan op andere fondsen? Zo ja, welke en waarvoor?

---

---

---

---

---

Schulden/betalingsachterstanden    Nee    Ja, overzicht met aflossingsverplichting meesturen

Is er sprake van een schuldhulpverleningstraject? Zo ja:

WSNP\*    minnelijk\*    in voorbereiding\*

Instantie:

Naam schuldhulpverlener:

Telefoonnr.

schuldhulpverlener:

Bedrag

_____	_____	_____	€ _____
_____	_____	_____	€ _____
_____	_____	_____	€ _____

**De volgende kopieën meesturen:**

- Laatste specificatie van salaris of uitkering van cliënt e/o partner
- Schuldenoverzicht (indien van toepassing)
- Alle opeenvolgende afschriften van alle bank- en spaarrekeningen van de laatste 3 maanden (bij digitale afschriften moeten naam-, adres- en saldogegevens duidelijk en volledig vermeld staan)
- Documenten die men zelf van belang acht

Telefoonnummer hulpverlener: \_\_\_\_\_ Faxnummer hulpverlener: \_\_\_\_\_

E-mailadres hulpverlener: \_\_\_\_\_

Naar waarheid ingevuld

Naam en handtekening hulpverlener (verplicht)

Naam:

Handtekening:

.....

.....

Naam en handtekening hoofd/coördinator (verplicht)

Naam:

Handtekening:

.....

.....

NB: De maatschappelijk werker van Stichting Zorg en Bijstand neemt indien nadere informatie gewenst is, contact op met de desbetreffende hulpverlenende instanties van de cliënt. Alle informatie wordt vertrouwelijk behandeld. Door het insturen van dit formulier verklaart cliënt kennis te hebben genomen van de privacyverklaring en geeft de Stichting Zorg en Bijstand toestemming om overeenkomstig de gegevens te bewaren en verwerken. De privacyverklaring is terug te vinden op [www.zorgenbijstand.nl/documents/privacyverklaring.pdf](http://www.zorgenbijstand.nl/documents/privacyverklaring.pdf).