

FORMULIER OPGAVE REISKOSTEN ZIEKENHUIS VOOR BIJZONDERE BIJSTAND

Naam: _____

Adres: _____

Geboortedatum: _____ Cliëntnummer: _____



↓ **Locatie aankruisen/invullen**

<input type="checkbox"/>	Ziekenhuis Meander Amersfoort
<input type="checkbox"/>	Ziekenhuis St Jansdal Harderwijk (locatie Harderwijk/Zeewolde/Dronten*)
<input type="checkbox"/>	Ziekenhuis Gelderse Vallei Ede (locatie Ede/Barneveld*)
<input type="checkbox"/>	Ziekenhuis Meander Baarn
<input type="checkbox"/>	Ziekenhuis UMC Utrecht
<input type="checkbox"/>	GGZ locatie Barneveld
<input type="checkbox"/>	GGZ locatie Ermelo
<input type="checkbox"/>	Anders:
<input type="checkbox"/>	Railrunner NS 4 t/m 11 jaar (€ 2,50) kinderen t/m 3 jaar reizen gratis

**doorhalen wat niet van toepassing is*

Wij geven een vergoeding voor kosten voor behandeling buiten de gemeente, maar niet meer dan voor behandeling op een zo kort mogelijke afstand van Nijkerk. De vergoeding is maximaal de goedkoopste vorm van openbaar vervoer volgens de website www.OV9292.nl.

In te leveren bewijsstukken (kopie van):

- Afsprakenoverzicht/ kaart met data bezoek ziekenhuis
- Bewijsstukken waaruit blijkt dat deze kosten niet door de zorgverzekeraar worden vergoed, tenzij de totale reiskosten per jaar niet meer bedragen dan € 111,- (bedrag 2022).

Handtekening cliënt: _____ Datum: _____

(Onderstaande in te vullen door de gemeente)

Naam consulent: _____ Werkprocesnummer: _____

Datum binnenkomst: _____ Correct gedeclareerd: _____

Uitbetalen: € _____ Paraaf: _____