



Aanvraag verlenging of aanpassing zorg

Datum aanvraag
Naam jongere
Geboortedatum
Burgerservicenummer
Adres
Woonplaats
Naam school
Groep en opleidingsniveau
Naam docent

Soort vraag Verlenging zorg
 Aanpassing zorg

Professional

Naam
Functie
Naam organisatie
Telefoonnummer
E-mailadres
Bereikbaar op (werkdagen, tijden)

Onderstaande gegevens alleen invullen wanneer er wijzigingen zijn sinds de vorige aanmelding bij Team Jeugd en Gezin!

Ouder(s)/gezaghebbende

	Ouder 1	Ouder 2	Andere gezaghebbende*
Naam organisatie
Naam gezaghebbende
Adres
Postcode en woonplaats
Burgerlijke staat
Gezag
Telefoonnummer
E-mailadres

** Voogd/pleegouder; indien van toepassing: ook de betrokken organisatie vermelden.
Alleen invullen als het gezag niet bij een ouder ligt.*

Aanbieder waarvoor verlenging wordt aangevraagd

Leveringsvorm	Zorg in natura	
Naam aanbieder	
Productcode	
Ingangsdatum beschikking	
Einddatum beschikking	
Volume (getal)	Eenheid	Frequentie
.....	<input type="checkbox"/> Euro	<input type="checkbox"/> Per dag
	<input type="checkbox"/> Minuut	<input type="checkbox"/> Per week
	<input type="checkbox"/> Uur	<input type="checkbox"/> Per 4 weken
	<input type="checkbox"/> Dagdeel (4 uur)	<input type="checkbox"/> Per maand
	<input type="checkbox"/> Dagdeel (6 uur)	<input type="checkbox"/> Per jaar
	<input type="checkbox"/> Etmaal	<input type="checkbox"/> Totaal binnen geldigheidsduur
	<input type="checkbox"/> Stuks	of tijdsafhankelijk

Motivatie aanvraag

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Doelen/te behalen resultaat voor de aangevraagde periode

Alleen invullen bij aanvraag verlenging zorg

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bijlagen

Volwassenen en jongere moeten verklaren dat zij op de hoogte zijn van de informatie op dit aanmeldformulier en dat er overleg mag plaatsvinden tussen de betrokken hulpverleners, huisarts, en het Team Jeugd en Gezin. Zie bijlage 1.

Er dient een toestemmings- en een akkoordverklaring te worden ondertekend, waarbij specifiek rekening wordt gehouden met de toestemmingsverklaring voor jeugdigen vanaf 12 jaar. Zie bijlage 2

Geef hieronder aan welke bijlagen zijn toegevoegd.

*is verplicht

Toestemmingsverklaring (bijlage 1)* Akkoordverklaring (bijlage 2)* Evaluatieverslag*

Andere bijlagen, namelijk:

.....

.....

.....

.....

Formulier inleveren

Dit formulier inclusief alle (ondertekende) bijlagen kan worden verzonden naar:

sociaalcontactpunt@goeree-overflakkee.nl.

AANVRAAG verlenging zorg / indicatie aanpassing

Bijlage 1 - Toestemmingsverklaring verstrekken gegevens en opvragen informatie

Naam cliënt
Geboortedatum
Burgerservicenummer

Ik geef aan het Team Jeugd en Gezin toestemming om gegevens over mij /mijn kind te verwerken. Het kan gaan om gegevens die worden opgevraagd bij andere hulpverleners/ instellingen of gegevens over mij/mijn kind die door het Team Jeugd en Gezin worden verstrekt aan anderen.

Ik geef toestemming onder deze voorwaarden:

- Mijn toestemming geldt alleen voor de hieronder beschreven redenen, gegevens en personen/instellingen. Voor nieuwe gegevensverwerking vraagt het Team Jeugd en Gezin mij opnieuw om toestemming.
- Het Team Jeugd en Gezin informeert mij over de gegevens die over mij/mijn kind worden uitgewisseld en de gegevens die over mij/mijn kind worden geregistreerd. Dat betekent bijvoorbeeld dat het Team Jeugd en Gezin mij uitlegt om welke specifieke gegevens het gaat en waarom deze gegevens noodzakelijk zijn om mij/mijn kind te kunnen helpen.
- Als gegevens niet (meer) noodzakelijk zijn zal het team deze niet registreren of verwijderen.
- Ik kan ervoor kiezen om geen toestemming te geven of om alleen voor bepaalde delen toestemming te geven. Het Team Jeugd en Gezin legt uit wat de gevolgen voor de hulpverlening zijn als ik (voor bepaalde) gegevens of personen geen toestemming geef.
- Ik mag mijn toestemming op elk moment intrekken. In sommige gevallen zal het intrekken van toestemming gevolgen hebben voor de hulpverlening. Het team Jeugd en Gezin zal mij hier van geval tot geval over informeren.
- Deze toestemming is een jaar geldig.
- Ik ben bekend met het feit dat de gemeente persoonsgegevens verwerkt die noodzakelijk zijn voor de behandeling van deze aanvraag.

Informatie die mag verstrekt worden

Door (naam verstrekkeende partij)
Plaats
Te verstrekken informatie

Door (naam verstrekkeende partij)
Plaats
Te verstrekken informatie

Door (naam verstrekkeende partij)
Plaats
Te verstrekken informatie

Informatie die opgevraagd mag worden

Door (naam opvragende partij)
Plaats
Op te vragen informatie
.....

Door (naam opvragende partij)
Plaats
Op te vragen informatie
.....

Door (naam opvragende partij)
Plaats
Op te vragen informatie
.....

Ondertekening

*Alle gezaghebbende ouders moeten tekenen voor akkoord.
Als de jongere **12 jaar of ouder** is moet de jongere ook voor akkoord tekenen.*

Jongere, indien 12 jaar of ouder

Plaats en datum
Naam
Handtekening
.....

Ouder 1

Plaats en datum
Naam
Handtekening
.....

Ouder 2

Plaats en datum
Naam
Handtekening
.....

AANVRAAG verlenging zorg / indicatie aanpassing

Bijlage 2 - Akkoordverklaring verlenging zorg

Naam cliënt

Geboortedatum

Burgerservicenummer

*Alle gezaghebbende ouders moeten tekenen voor akkoord.
Als de jongere 12 jaar of ouder is moet de jongere ook voor akkoord tekenen.*

Jongere, indien 12 jaar of ouder

Ik ga akkoord met de inhoud van deze aanvraag en de hierin gestelde doelen en/of aangevraagde zorg.

Ik ga **niet** akkoord met de inhoud van deze aanvraag en de hierin gestelde doelen en/of aangevraagde zorg, omdat:

.....
.....

Plaats en datum

Naam

Handtekening

Ouder 1

Ik ga akkoord met de inhoud van deze aanvraag en de hierin gestelde doelen en/of aangevraagde zorg.

Ik ga **niet** akkoord met de inhoud van deze aanvraag en de hierin gestelde doelen en/of aangevraagde zorg, omdat:

.....
.....

Plaats en datum

Naam

Handtekening

Ouder 2

Ik ga akkoord met de inhoud van deze aanvraag en de hierin gestelde doelen en/of aangevraagde zorg.

Ik ga **niet** akkoord met de inhoud van deze aanvraag en de hierin gestelde doelen en/of aangevraagde zorg, omdat:

.....
.....

Plaats en datum

Naam

Handtekening