

Gemeente *Stein*

Meldingsformulier Wmo

Op dit formulier kunt u aangeven welke ondersteuningsbehoefte u ervaart op het gebied van zelfstandig functioneren en deelname aan het maatschappelijk leven.

Clientgegevens (persoon die ondersteuning nodig heeft)	
Naam en voorletters <i>(indien vrouw meisjesnaam invullen)</i>	
Geboortedatum	
BSN	
Straat en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
E-mailadres	
Telefoonnummer	
Mobiel nummer	
o Tijdelijk adres <i>(aankruisen als dit van toepassing is)</i>	
Tijdelijk verblijfadres elders <i>(indien van toepassing)</i>	Ik verblijf tijdelijk elders in/bij: Ik verblijf hier omdat: Verwachte duur verblijf elders:

Contactpersoon	
o Ouder(s) o Wettelijk vertegenwoordiger o Contactpersoon <i>(aankruisen wat van toepassing is)</i>	
Naam en voorletters	
BSN	
Straat en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
E-mailadres	
Telefoonnummer	
Mobiel nummer	

Contactpersoon	
Naam en voorletters	
BSN	

Team Wmo
Postbus 15, 6170 AA Stein
Telefoon: 046-4359393
E-mail: info@gemeentestein.nl

Straat en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
E-mailadres	
Telefoonnummer	
Mobiel nummer	

Wat is uw hulpvraag

Herindicatie
<p>Heeft u reeds een voorziening of ondersteuning dan kunt u dat hier aangeven en de reden waarom deze voorziening of ondersteuning verlengd moet worden.</p> <p>Tevens verzoeken wij u als u ondersteuning heeft een <u>evaluatie en ondersteuningplan</u> toe te voegen.</p>

Ondertekening	
<p>Door het ondertekenen van dit meldingsformulier geeft u de gemeente Stein toestemming om uw persoonlijke gegevens te bewaren in een dossier.</p> <p>Door het ondertekenen van dit meldingsformulier geeft u de gemeente Stein tevens toestemming voor het opvragen van nadere, mogelijk relevante informatie bij externe instanties en voor het uitwisselen van uw persoonlijke gegevens met deze externe instanties. U kunt deze toestemmingsverklaring te allen tijde intrekken.</p>	
Plaats:	Datum:
Handtekening:	
<p>Indien cliënt niet zelf ondertekent, Aangeven wat uw relatie is tot cliënt:</p>	