

**AANVRAAG TEGEMOETKOMING ASF-DE GRAFISCHE GEZONDHEID** registratienummer ASF: .....

**U gebruikt dit formulier om een tegemoetkoming in uw zorgkosten aan te vragen. Vul het formulier volledig in en onderteken het. Heeft u vragen? Mail ons gerust via [ks.asf@grafimediafondsen.nl](mailto:ks.asf@grafimediafondsen.nl). Wij helpen u graag!**

**Vul uw persoonlijke gegevens in**

Naam en voorletters : .....  man  vrouw  
Adres : .....  
Postcode/woonplaats : .....  
Geboortedatum : .....  
Burgerservicenummer : .....  
Telefoonnummer : .....  
E-mailadres : .....  
Burgerlijke staat :  gehuwd  alleenstaand  samenwonend  geregistreerd partnerschap

**Vul de gegevens van uw bank in**

Uw IBAN-rekeningnummer : NL ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )  
Op naam van : .....

**Vul de gegevens voor uw aanvraag in**

Waar vraagt u de tegemoetkoming in de kosten voor aan?:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dieetkosten                                   | <input type="checkbox"/> kosten prothesen en hulpmiddelen |
| <input type="checkbox"/> Verpleegkosten                                | <input type="checkbox"/> Kosten alternatieve geneeswijzen |
| <input type="checkbox"/> Reiskosten ziekenbezoek                       | <input type="checkbox"/> Kosten in bijzondere aanvragen   |
| <input type="checkbox"/> Kosten huishoudelijk hulp en gezinsverzorging |   |

Wat is de aard van de voorziening?: .....

Voor wie is de aanvraag :  mezelf  partner  kind

Naam en voorletters : .....

Geboortedatum : .....

Burgerservicenummer : .....

Naam zorgverzekeraar : .....

Aanvullend verzekerd :  nee  ja, naam pakket: .....

Heeft u al een vergoeding ontvangen?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> uw (aanvullende) zorgverzekering         | : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
| <input type="checkbox"/> WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning) | : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
| <input type="checkbox"/> ASF/Gezondheidszorg                      | : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |

**Zie verder achterzijde**

**Inkomsten uit arbeid** :  beroep, naam werkgever : .....  
 nee

**Ontvangt u één van de volgende uitkeringen?**

- WW-uitkering, vanaf : .....
- WAO/WIA-uitkering, vanaf : .....
- WWB-uitkering, vanaf : .....
- IOAW-uitkering, vanaf : .....
- Vut/pensioenuitkering, vanaf : .....

**Vergeet u niet bij uw aanvraag mee te sturen:**

- bewijsstuk van eventueel samenwonen
- de (kopie)nota's
- medische verklaring van de arts
- bewijsstuk afrekening/specificatie of afwijzingsbrief van uw zorgverzekeraar of wettelijke instantie
- bij WW- en/of WAO-uitkering een eventuele toekenningsbeslissing en een recente specificatie

Zodra wij alle noodzakelijke informatie van u hebben ontvangen kunnen wij uw aanvraag in behandeling nemen. De ondergetekende verklaart bovenstaande gegevens naar waarheid te hebben verstrekt.

**Onderteken dit formulier**

plaats en datum

handtekening

.....  
.....

*Scan het formulier met de bewijsstukken en mail ze naar [ks.asf@grafimediafondsen.nl](mailto:ks.asf@grafimediafondsen.nl). Of stuur het formulier met bewijsstukken naar ASF/De Grafische Gezondheid, afdeling Klantenservice, Postbus 7855, 1008 CA Amsterdam.*