

Wij verzoeken u vriendelijk het onderstaande formulier zo volledig mogelijk in te vullen.

1. Gegevens van de mantelzorg		
Naam (evt. meisjesnaam)		
Voorletter(s)		
Adres		
Postcode, woonplaats		
Telefoon		
E-mail		
Geslacht	M / V	Geboortedatum

2. Gegevens van de persoon waar u voor zorgt		
U zorgt voor uw	partner / kind / ouder / buurman/-vrouw / vriend(in)/kennis / familie / anders	
Onderstaande velden alleen invullen met toestemming van de zorgvrager.		
Naam (evt. meisjesnaam)		
Voorletter(s)		
Adres		
Postcode, woonplaats		
Geslacht	M / V	Geboortedatum
Datum		
Handtekening zorgvrager (indien mogelijk)		

Ziektebeeld of beperking

Verleende zorg door mantelzorg
<input type="checkbox"/> Ondersteuning zelfredzaamheid, nl <input type="checkbox"/> Ondersteuning naar activiteiten, nl <input type="checkbox"/> Huishoudelijke ondersteuning, nl <input type="checkbox"/> Persoonlijke verzorging, nl <input type="checkbox"/> Verpleging, nl <input type="checkbox"/> Anders, nl

Hoe lang verleent u de zorg
Ik verleen de zorg sinds
<input type="checkbox"/> meer dan 8 uur per week <input type="checkbox"/> langer dan 3 maanden
Ik ben geen mantelzorg meer sinds

Belasting mantelzorger			
Voelt zich belast	0 niet	0 matig	0 zwaar 0 ernstig
Moet zorg combineren met	werk-opleiding / opvoeding / zorg voor anderen anders		

Eventuele hulp- of ondersteuningsvraag

Wilt u op de hoogte gehouden worden van de activiteiten en diensten van het Steunpunt Mantelzorg?
0 Nee 0 Ja, 0 per mail 0 via de post

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming de hiervoor vermelde persoonsgegevens op te nemen in het bestand van het Steunpunt Mantelzorg Hogeland. De gegevens zullen vertrouwelijk worden gebruikt in overeenstemming met de privacyregeling van Mensenwerk Hogeland.

Voor akkoord d.d.:

Naam:

Handtekening:

.....

.....

U kunt dit formulier in een gesloten enveloppe **zonder postzegel** opsturen naar

Mensenwerk Hogeland
Steunpunt Mantelzorg Hogeland
Antwoordnummer 94604
9460 WB GIETEN