**Verzoek aan <naam instelling, bijvoorbeeld Kalorama> voor inzet expertise zintuiglijk gehandicapten**

**Dit formulier volledig invullen en mailen naar :**

* instelling
* [voorzieningenadministratie@bergendal.nl](mailto:voorzieningenadministratie@bergendal.nl)

1. **Gegevens inwoner**

Naam inwoner \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BSN inwoner \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **In te zetten expertise**

****

□ 02L01 Toeleiding vroegdoven

□ 02L02 Verlengde toeleiding vroegdoven

□ 02L03 Consultatie vroegdoven

□ 02L08 Toeleiding doofblinden

□ 02L09 Verlengde toeleiding doofblinden

□ 02L10 Consultatie doofblinden

Aantal uren:

Periode van <> tot en met <>

* *Eigen bijdrage is hiervoor niet van toepassing.*
* *Geen beschikking aan de cliënt.*
* *Wel toewijzing (iWmo)naar aanbieder.*
* *Zie verkorte procedureaanmelding ZG vanuit ST.*

1. **Gegevens Sociaal Team**

Naam medewerker \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naam ST \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datum verzoek \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**