**Wijzigingsformulier maatwerkvoorziening Wmo**

***(Indien de gegevens onvolledig zijn, kan de aanvraag niet in behandeling worden genomen)***

**Gegevens klant**

Naam :

Adres :

BSN : Geboortedatum :

Gezaghebbende: □ ouder(s) □ voogd(en) □ voogd vanuit GI □ verzorger(s)

Naam : Naam :

Adres : Adres :

BSN : BSN :

**Huishoudelijke hulp**

Wijziging i.v.m. : □ Overlijden

□ Tijdelijke overname door partner ivm overlijden **(er wordt een afspraak**

**gemaakt voor een herindicatie van de voorziening)**

□ Verhuizing naar andere gemeente

□ Beëindiging op eigen verzoek

□ Wijziging zorgaanbieder Naam nieuwe zorgaanbieder :

□ Overgang naar WLZ

Ingangsdatum mutatie :

**Rolstoel**

Wijziging i.v.m. : □ Overlijden

□ Verhuizing naar andere gemeente

□ Beëindiging op eigen verzoek

Ingangsdatum mutatie :

**Vervoersvoorziening**

Wijziging i.v.m. : □ Overlijden

□ Verhuizing naar andere gemeente

□ Beëindiging op eigen verzoek

Ingangsdatum mutatie :

**Woonvoorziening**

Wijziging i.v.m. : □ Overlijden

□ Tijdelijke overname door partner ivm overlijden **(er wordt een afspraak**

**gemaakt voor een herindicatie van de voorziening)**

□ Verhuizing naar andere gemeente

□ Beëindiging op eigen verzoek

Ingangsdatum mutatie :

**Begeleiding**

Wijziging i.v.m. : □ Overlijden

□ Verhuizing naar andere gemeente

□ Beëindiging op eigen verzoek

□ Wijziging zorgaanbieder **Naam nieuwe zorgaanbieder**: ………………………

□ Gedeelde zorg **Aanbieder 1:** ………………….. **Aanbieder 2:** …………………………

□ Wijziging in productcode/volume/eenheid/frequentie:

**Oude gegevens aanbieder 1:**

Productcode: ……………….

Volume: ………… eenheid: ………….. frequentie: ………….

**Nieuwe gegevens aanbieder 2:**

Productcode: ………………

Volume: ………… eenheid: ………….. frequentie: ………….

□ Overgang naar WLZ

Ingangsdatum mutatie :

**Gehandicaptenparkeerkaart**

Wijziging i.v.m. : □ Overlijden

□ Verhuizing naar andere gemeente

□ Beëindiging op eigen verzoek

Ingangsdatum mutatie :

**Toelichting:**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Verklaring en ondertekening:**

**…………………………… ………………………………….. ………………………………………..**

Datum Handtekening Handtekening partner

**Opsturen naar:**

Gemeente Druten

Sociaal Team Druten

Postbus 1, 6650 AA Druten

Of; [sociaalteam@druten.nl](mailto:sociaalteam@druten.nl)