

**AANVRAAG SOCIAAL MEDISCHE TOELAGE**

JAAR

**Verklaring op erewoord**

Aanvrager, (naam) \_\_\_\_\_

met rijksregisternummer  -

Geboren te \_\_\_\_\_ op \_\_\_\_\_

Wonende te Wuustwezel, (adres) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ondergetekende verklaart op eer en geweten te voldoen aan de voorwaarden zoals zij zijn vastgelegd in het raadsbesluit d.d. 2 december 2019 (subsidierglement tot het toekennen van een sociaal-medische toelage) en verzoekt hierbij de toelage van € 150,00 per persoon te betalen in september op onderstaand rekeningnummer.

**IBAN rekening nummer waarop de toelage gestort kan worden (IBAN):**

**BE**

Op naam van: \_\_\_\_\_

Het betreft een eerste aanvraag : JA / NEE (schrappen wat niet past)

**VOORWAARDEN**

1. Op datum van 1 september van het betrokken dienstjaar heeft de aanvrager minstens 1 jaar zijn/haar woonplaats in de gemeente;
2. De aanvrager heeft de leeftijd van 65 jaar bereikt op het ogenblik van de aanvraag;
3. De vermindering van zelfredzaamheid moet overeenstemmen met een ongeschiktheid van minstens 9 punten (= 66%). Als bewijs hiervan dient bij de eerste aanvraag en bij iedere wijziging van de toestand van de aanvrager een attest voorgelegd van FOD Sociale Zekerheid (Directie-generaal , Personen met een handicap – tel. 0800/98 799). Aan voornoemde voorwaarden moet cumulatief voldaan zijn.

Wuustwezel, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_.  
(handtekening aanvrager)