

Regeling tegemoetkoming kosten voor chronisch zieken en gehandicapten 2015 gemeente Midden-Drenthe

Regeling tegemoetkoming kosten voor chronisch zieken en gehandicapten 2015 gemeente Midden-Drenthe

Datum vastgesteld: 29 september 2015

Datum inwerkingtreding: 1 oktober 2015

Grondslag

De grondslag voor de “Regeling tegemoetkoming kosten voor chronisch zieken en gehandicapten 2015 gemeente Midden-Drenthe” is te vinden in artikel 17a van de verordening Wmo 2015 gemeente Midden-Drenthe: “Tegemoetkoming meerkosten chronisch zieken en gehandicapten”.

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

- a. Aanvraagdatum: de datum waarop de gemeente het aanvraagformulier voor de Regeling tegemoetkoming kosten voor chronisch zieken en gehandicapten heeft ontvangen.
- b. Bijstandsnorm: bij aanvragers die geen Participatiewet-uitkering ontvangen, wordt hun inkomen vergeleken met de van toepassing zijnde bijstandsnorm voor alleenstaanden, alleenstaande ouders of (echt)paren als genoemd in de Participatiewet.
- c. CZM: Collectieve Ziektekostenverzekering Minima die de gemeente heeft afgesloten ten behoeve van de minima in de gemeente Midden-Drenthe.
- d. De gemeente: Midden-Drenthe.
- e. De verordening: de verordening Wmo 2015 gemeente Midden-Drenthe.
- f. De wet: de Wmo 2015.
- g. Draagkracht: het bedrag dat iemand zelf moet betalen op grond van inkomen en/of vermogen.
- h. Draagkrachtbepaling: de manier waarop de draagkracht bepaald wordt volgens de beleidsregels die in Midden-Drenthe gelden bij aanvragen voor Individuele Bijzondere Bijstand.
- i. Regeling: Regeling tegemoetkoming kosten voor chronisch zieken en gehandicapten 2015 gemeente Midden-Drenthe.

Artikel 2 Afbakening

1. Voor degenen die behoren tot de doelgroep van deze Regeling, gelden de bepalingen in deze Regeling en niet de gewone beleidsregels Individuele Bijzondere Bijstand.
2. Voor degenen die niet behoren tot de doelgroep van deze Regeling, staat een beroep op de Individuele Bijzondere Bijstand open, echter met toepassing van de draagkrachtbepaling en de overige regels van de Individuele Bijzondere Bijstand.

Artikel 3 Doel Regeling

1. Doel van deze Regeling is het bieden van een tegemoetkoming aan personen met een laag inkomen en een laag vermogen in bepaalde kosten als gevolg van ziekte,

medische behandeling of handicap die (nog) niet of niet volledig vanuit een voorliggende voorziening vergoed worden.

2. De tegemoetkoming als bedoeld in het eerste lid, heeft alleen betrekking op de in artikel 7 tot en met 11 van deze Regeling genoemde kostensoorten.

Artikel 4 Doelgroep regeling

1. Tot de doelgroep van deze regeling behoren personen
 - a. van 18 jaar en ouder die rechtmatig in Nederland verblijven en
 - b. ingeschreven staan in de Basisregistratie Personen van onze gemeente en
 - c. die voldoen aan de criteria van inkomen, vermogen en de bij ieder onderdeel (artikelen 7 tot en met 11) van deze Regeling genoemde voorwaarden, alsmede zijn of haar minderjarige thuiswonende kinderen.
2. Niet tot de doelgroep behoren degenen die verblijven in een asielzoekerscentrum en die niet voldoen aan het gestelde in artikel 11 Participatiewet of uitgesloten zijn van het recht op Bijstand op grond van detentie.
3. Niet tot de doelgroep behoren degenen die over het betreffende kalenderjaar in hun vorige woongemeente al een vergoeding hebben ontvangen voor een of meerdere onderdelen van deze Regeling.

Artikel 5 Inkomen

1. De hoogte van het inkomen wordt berekend volgens de in de Participatiewet genoemde criteria.
2. Om in aanmerking te komen voor een tegemoetkoming als bedoeld in deze Regeling, mag het inkomen op de aanvraagdatum niet meer bedragen dan het percentage van de van toepassing zijnde bijstandsnorm dat bij de diverse onderdelen van deze Regeling (artikelen 7 tot en met 11) genoemd wordt.
3. Om in aanmerking te komen voor een tegemoetkoming met terugwerkende kracht, als bedoeld in artikel 10 lid 10 en artikel 11, lid 4 van deze Regeling, mag het inkomen op de aanvraagdatum én in het kalenderjaar waarover aangevraagd wordt, niet meer bedragen dan het percentage van de van toepassing zijnde bijstandsnorm dat bij de diverse onderdelen van deze Regeling genoemd wordt.

Artikel 6 Vermogen

1. De hoogte van het vermogen wordt berekend volgens de in de Participatiewet genoemde criteria.
2. In afwijking van het eerste lid, blijft het vermogen gebonden in een eigen woning voor deze Regeling buiten beschouwing, op voorwaarde dat men zijn of haar hoofdverblijf in die woning heeft.
3. Voor de beoordeling van het vermogen in auto, boot, caravan, camper of aanhanger dan wel in een auto waar men om medische redenen over moet beschikken, worden dezelfde regels toegepast als bij aanvragen voor Individuele Bijzondere Bijstand.
4. Om in aanmerking te komen voor een tegemoetkoming als bedoeld in deze Regeling, mag het vermogen op de aanvraagdatum met in acht neming van het tweede en

derde lid, niet meer bedragen dan de grenzen als genoemd in artikel 34 Participatiewet.

5. Voor de beoordeling van het vermogen op de bank, wordt uitgegaan van het op dat moment beschikbare en meest recente bank- en/of giroafschrift per rekening.
6. Bij aanvragers met een Participatiewet-uitkering, wordt er zonder nadere toetsing van uitgegaan dat het vermogen onder het vrij te laten vermogen blijft, dat geldt voor de van toepassing zijnde bijstandsnorm.

Artikel 7 Bijzondere Bijstand voor specifieke niet medische meerkosten

1. In het kader van deze Regeling is met ingang van 2015 Bijzondere Bijstand mogelijk voor specifieke, geïndiceerde meerkosten die door medische redenen worden veroorzaakt: slijtage van kleding of schoeisel; bewassing; extra beddengoed bij incontinentie of bedlegerigheid; extra stookkosten voor bijvoorbeeld reumapatiënten; meerkosten voor speciale diëten en maaltijdvoorzieningen.
2. Men behoort tot de doelgroep van dit onderdeel van de Regeling als men een inkomen tot 120% van de van toepassing zijnde bijstandsnorm heeft en men niet beschikt over meer vermogen dan genoemd in artikel 34 Participatiewet.
3. Bijzondere Bijstand voor de in het eerste lid genoemde meerkosten, wordt toegekend op basis van de meest actuele GMD-lijst en/of de Nibudprijzenlijst.
4. In afwijking van het gestelde in het derde lid, geldt voor een warme maaltijdvoorziening een vaste meerkostenvergoeding van € 3,- per warme maaltijd, op voorwaarde dat deze maaltijden aantoonbaar gemiddeld minimaal € 5,50 kosten.

Artikel 8 Bijzondere Bijstand voor een toegekende gehandicaptenparkeerkaart

1. In het kader van deze Regeling is met ingang van 2015 Bijzondere Bijstand mogelijk voor de eigen bijdrage voor de keuring die vereist is bij het aanvragen van een gehandicaptenparkeerkaart.
2. Een vergoeding voor de in het eerste lid genoemde eigen bijdrage, is alleen mogelijk als de Gehandicaptenparkeerkaart ook daadwerkelijk toegekend wordt. Indien de kaart wordt afgewezen, dan komt men niet voor een vergoeding in aanmerking.
3. Men behoort tot de doelgroep van dit onderdeel van de Regeling als men een inkomen tot 120% van de van toepassing zijnde bijstandsnorm heeft en men niet beschikt over meer vermogen dan genoemd in artikel 34 Participatiewet.
4. De hoogte van deze vergoeding wordt jaarlijks door het college vastgesteld en bedraagt in 2015 € 77,60.

Artikel 9 Bijzondere Bijstand voor een deel van de eigen bijdrage voor Wmo-voorzieningen

1. In het kader van deze Regeling is met ingang van 2015 Bijzondere Bijstand mogelijk voor een deel van de eigen bijdrage voor Wmo-voorzieningen.
2. Indien de Collectieve ziektekostenverzekering de eigen bijdrage voor de betreffende Wmo-voorziening vergoedt, dan is een vergoeding via deze Regeling alleen mogelijk in het jaar dat men nog niet kan overstappen naar de CZM.

3. Men behoort tot de doelgroep van dit onderdeel van de Regeling als men een inkomen tot 110% van de van toepassing zijnde bijstandsnorm heeft en men niet beschikt over meer vermogen dan genoemd in artikel 34 Participatiewet.
4. De Bijzondere Bijstand voor de in het eerste lid genoemde eigen bijdrage voor Wmo-voorzieningen bedraagt maximaal € 85,- per kalenderjaar.
5. Indien de in het vierde lid bedoelde eigen bijdrage betaald moet worden over een gedeelte van een kalenderjaar, dan bedraagt de bijdrage € 7,- per maand dat men een voorziening heeft waarvoor men een eigen bijdrage moet betalen.

Artikel 10 Bijzondere Bijstand voor medische kosten of behandelingen die niet of niet volledig vergoed worden door de zorgverzekeraar en/of de CZM

1. In het kader van deze Regeling is met ingang van 2015 Bijzondere Bijstand mogelijk voor noodzakelijke medicijnen of behandelingen die niet of niet volledig vergoed worden door de zorgverzekeraar en de CZM, alsmede voor enkele specifieke verstrekkingen.
2. Onder de in het eerste lid bedoelde specifieke verstrekkingen worden alleen verstaan: brillen, lenzen, gehoorapparaten (hoortoestellen), gebitsprothese, orthopedisch schoeisel, steunzolen en een rollator (voor binnen en/of voor buitengebruik).
3. Onder de in het eerste lid bedoelde behandelingen wordt tevens verstaan tandheelkundige behandelingen met codes C, H, M en V.
4. Men behoort tot de doelgroep van dit onderdeel van de Regeling als men een inkomen tot 110% van de van toepassing zijnde bijstandsnorm heeft en men niet beschikt over meer vermogen dan genoemd in artikel 34 Participatiewet en men niet al een dergelijke vergoeding ontvangt op basis van een arbeidsongeschiktheids-uitkering.
5. De hoogte van de Bijzondere Bijstand als bedoeld in het eerste lid, is een forfaitaire vergoeding van € 250,- per persoon, per kalenderjaar, indien er sprake is van aantoonbare kosten door gebruik van noodzakelijke medicijnen, behandelingen of de in het tweede lid bedoelde verstrekkingen, die gedeclareerd waren bij de zorgverzekering, maar die niet (volledig) vergoed worden door de zorgverzekeraar en de CZM. Voor de rollator geldt dat er een nota moet zijn waaruit blijkt wat de kosten ervan bedragen.
6. Aangenomen wordt dat de medicijnen, behandelingen of de in het tweede lid bedoelde verstrekkingen noodzakelijk waren als uit het overzicht van de zorgverzekeraar of CZM blijkt dat er kosten zijn gemaakt bij een arts, fysiotherapeut, tandarts, specialist, ziekenhuis of apotheek die niet voor vergoeding in aanmerking kwamen. De noodzaak van een rollator is aangetoond als iemand gebruik maakt van een Wmo-voorziening ten behoeve van de mobiliteit, of een verklaring van een huisarts of wijkverpleegkundige kan overleggen waarin staat dat een rollator voor deze persoon noodzakelijk is.
7. De hoogte van de kosten voor medicijnen, verstrekkingen of behandelingen als genoemd in het zesde lid, die niet vergoed worden door de zorgverzekeraar of de CZM, dient minimaal € 75,- per persoon, per kalenderjaar te bedragen.

8. Indien het kosten betreft die wel volledig vergoed worden via de CZM, dan wordt deze forfaitaire vergoeding en een eventuele aanvulling hierop vanuit de Individuele Bijzondere Bijstand, alleen toegekend in het jaar van aanvraag aan personen die dat jaar nog geen gebruik kunnen maken van de CZM, omdat zij pas per 1 januari kunnen overstappen.
9. Bij aanvragen voor de vervanging van een rollator geldt dat de kosten voor een nieuwe rollator alleen vergoed worden als aangetoond kan worden dat vervanging noodzakelijk is.
10. Indien de forfaitaire vergoeding niet is toegekend op grond van het feit dat de kosten niet hoog genoeg waren om in aanmerking te komen voor een tegemoetkoming en in een daarop volgend jaar, kosten uit 2015 of latere jaren, alsnog bij de klant in rekening worden gebracht, dan is het mogelijk om in hetzelfde kalenderjaar ook een forfaitaire vergoeding toe te kennen over 2015 of een later jaar waarin deze Regeling van kracht is. Voorwaarde hiervoor is, dat aangetoond moet worden dat over dat verstreken kalenderjaar werd voldaan aan het gestelde in het vierde en zevende lid.
11. Indien een forfaitair bedrag van € 250,- voor de wettelijke eigen bijdrage voor een gehoorapparaat of een gebitsprothese niet toereikend is, dan is een aanvulling op dit bedrag mogelijk vanuit de Individuele Bijzondere Bijstand, echter zonder draagkrachtberekening.
12. Voor tandheelkundige behandelingen wordt geen aanvulling vanuit de Individuele Bijzondere Bijstand verstrekt.

Artikel 11 Bijzondere Bijstand ter compensatie van deel van het wettelijk eigen risico

1. In het kader van deze Regeling is Bijzondere Bijstand mogelijk ter compensatie van een deel van het wettelijk eigen risico over 2014 of latere jaren waarin een wettelijk eigen risico van minimaal € 200,- betaald werd voor de zorgkosten.
2. Men behoort tot de doelgroep van dit onderdeel van de Regeling als men een inkomen tot 110% van de van toepassing zijnde bijstandsnorm heeft en men niet beschikt over meer vermogen dan genoemd in artikel 34 Participatiewet.
3. De hoogte van deze forfaitaire vergoeding bedraagt € 100,- per kalenderjaar, indien men middels een overzicht van de zorgverzekeraar aan kan tonen dat die persoon gedurende dat kalenderjaar minimaal € 200,- heeft betaald, of moet betalen, aan het wettelijk verplichte eigen risico.
4. Indien in 2015 of latere jaren blijkt dat deze forfaitaire vergoeding in enig kalenderjaar niet is toegekend op grond van het feit dat de kosten niet hoog genoeg waren om in aanmerking te komen voor een tegemoetkoming, en het wettelijke eigen risico over 2014 of latere jaren die reeds verstreken zijn, achteraf alsnog bij de klant in rekening wordt gebracht, dan is het mogelijk om in het lopende kalenderjaar ook een forfaitaire vergoeding toe te kennen over een jaar dat reeds verstreken is. Voorwaarde hiervoor is, dat aangetoond moet worden dat over dat verstreken kalenderjaar werd voldaan aan het gestelde in het tweede en derde lid.

Artikel 12 Aanvragen

1. Een aanvraag voor een of meer onderdelen van deze Regeling wordt ingediend op een door het college vastgesteld formulier.
2. Aanvragen voor vergoedingen van kosten in het kader van deze Regeling die in het lopende jaar bekend en aantoonbaar zijn, dienen in dat kalenderjaar of uiterlijk in februari van het daarop volgende kalenderjaar, te worden ingediend.
3. Aanvragen als bedoeld in het tweede lid, die na februari van het daarop volgende kalenderjaar worden ingediend, komen niet voor vergoeding in aanmerking.
4. Aanvragen worden alleen met terugwerkende kracht in behandeling genomen als pas na het verstrijken van het kalenderjaar alsnog kosten bij de aanvrager in rekening worden gebracht over een inmiddels verstreken jaar, die volgens deze Regeling voor vergoeding in aanmerking komen.
5. Aanvragen als bedoeld in het vierde lid, moeten binnen het kalenderjaar waarin de kosten in rekening worden gebracht of uiterlijk in februari van het daaropvolgende kalenderjaar, ingediend worden onder duidelijke vermelding van het jaar waarop de kosten betrekking hebben.

Artikel 13 Inlichtingen

De belanghebbende doet het college direct mededeling van alle feiten en omstandigheden waarvan hem of haar redelijkerwijs duidelijk moet zijn dat zij van invloed kunnen zijn op het recht op een vergoeding of de hoogte daarvan, onder overlegging van bewijsstukken.

Artikel 14 Terugvordering

Het college kan de verleende Bijzondere Bijstand geheel of gedeeltelijk terugvorderen indien uit onderzoek of anderszins blijkt dat de aanvrager onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt en daardoor een (te hoge) uitkering heeft ontvangen.

Artikel 15 Hardheidsclausule

Het college kan in bijzondere gevallen ten gunste van de belanghebbende afwijken van de bepalingen in deze Regeling, indien toepassing van deze beleidsregels tot onbillijkheden van overwegende aard leidt.

Artikel 16 Citeertitel

Deze beleidsregels kunnen worden aangehaald als "Regeling tegemoetkoming kosten voor chronisch zieken en gehandicapten 2015 gemeente Midden-Drenthe".

Artikel 17 Inwerkingtreding

1. Deze Regeling treedt in werking op 1 oktober 2015 en werkt terug tot 1 januari 2015.
2. Aanvragen voor Bijzondere Bijstand voor de in deze Regeling genoemde onderdelen, die zijn ingenomen en afgehandeld in de periode van 1 januari 2015 tot 1 oktober 2015, zullen zoveel mogelijk opnieuw ambtshalve worden beoordeeld. Als het

resultaat voor de aanvrager op grond van deze Regeling gunstiger is, dan het genomen besluit, wordt het besluit herzien met inachtneming van het gestelde in deze Regeling.

3. Indien in de in het tweede lid genoemde periode, werd afgezien van het indienen van een aanvraag voor een onderdeel dat thans in de Regeling is opgenomen, dan heeft men tot en met februari 2016 het recht om deze aanvraag met terugwerkende kracht in te dienen.

Aldus vastgesteld door het college d.d. 29 september 2015.

de secretaris,

de burgemeester.

Algemene toelichting

Op 30 april 2015 heeft de raad de nota “Chronisch zieken en gehandicapten 2015 – 2019 gemeente Midden-Drenthe vastgesteld. In deze beleidsregels worden de beleidsvoorstellen uit deze nota nader uitgewerkt. Met de vaststelling van de nota heeft de raad besloten om het bijzonder Bijstandsbeleid voor met name de minima in deze doelgroep te verruimen. Om een onderscheid te maken tussen het Individuele Bijzondere Bijstandsbeleid en het beleid voor deze specifieke doelgroep, is voor hen deze “Regeling tegemoetkoming kosten voor chronisch zieken en gehandicapten 2015 gemeente Midden-Drenthe” ontwikkeld.

Meerkosten

Noch in de nota, noch in deze beleidsregels wordt een definitie gegeven van chronisch zieken of gehandicapten. Uitgangspunt vormt de mogelijkheid om een tegemoetkoming te geven in de meerkosten die deze doelgroep heeft als gevolg van een ziekte of beperking. In de artikelen 7 tot en met 11 worden deze vormen van meerkosten genoemd. Meerkosten die er zouden kunnen zijn, die niet geschaard kunnen worden onder een van deze vormen, moeten worden beoordeeld aan de hand van de gewone regels voor Individuele Bijzondere Bijstand.

Individuele Bijzondere Bijstand

Naast het Individuele Bijzondere Bijstandsbeleid, kent Midden-Drenthe na vaststelling van deze beleidsregels twee aparte Regelingen: de Regeling voor duurzame gebruiksgoederen en de Regeling tegemoetkoming kosten voor chronisch zieken en gehandicapten. Indien in deze laatst genoemde Regeling gesproken wordt over Individuele Bijzondere Bijstand, dan wordt het beleid bedoeld dat niet in een van deze twee regelingen vervat is.

Beide Regelingen zijn ontstaan als reactie op een wetswijziging, waaronder de afschaffing van de mogelijkheid om als gemeente categoriale Bijzondere Bijstand te verstrekken.

De “Regeling tegemoetkoming kosten voor chronisch zieken en gehandicapten” (verder: “deze Regeling”) is ontstaan als gevolg van het feit dat de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en de Compensatieregeling voor het eigen risico (CER) voor de zorgverzekering zijn vervallen, en dat in de Wmo 2015 is opgenomen dat gemeenten deze doelgroep een tegemoetkoming kan bieden voor de meerkosten als gevolg van hun chronische ziekte of beperking.

Regeling tegemoetkoming kosten voor chronisch zieken en gehandicapten

Indien het kosten betreft waarvoor in het kader van deze Regeling een tegemoetkoming kan worden verstrekt (artikel 7 tot en met 11), dan gelden de voorwaarden in deze Regeling. Deze Regeling gaat boven de regels van de Individuele Bijzondere Bijstand.

Collectieve Ziektekostenverzekering Minima (CZM)

Ook binnen deze Regeling blijft het uitgangspunt dat geen tegemoetkoming in de kosten wordt geboden voor zaken waarvoor men zich kan verzekeren. Midden-Drenthe heeft voor huishoudens met een inkomen tot 130% van de van toepassing zijnde bijstandsnorm een CZM afgesloten waarin veel kosten gedekt worden, waarvoor in het verleden Individuele

Bijzondere Bijstand werd aangevraagd. De gemeente betaalt een deel van de premie van de CZM (voor het gemeente pakket).

Het is een vrije keus of men wel of niet deelneemt aan de CZM. Voor chronisch zieken en gehandicapten kan deelname aan de CZM een voordeliger optie zijn, omdat via (het gratis gemeentepakket in) de CZM bijvoorbeeld de eigen inkomensafhankelijke bijdragen voor Wmo-voorzieningen en de wettelijke eigen bijdrage voor medisch noodzakelijk vervoer van zieken, worden vergoed. Deze kosten zijn niet altijd verzekerd bij zorgverzekeringen.

In deze Regeling wordt aangesloten bij het Individuele Bijzondere Bijstandsbeleid dat kosten die volledig vergoed worden vanuit de CZM alleen voor een tegemoetkoming vanuit deze Regeling in aanmerking komen, in het jaar dat men nog niet heeft kunnen over stappen op de CZM.

De dekking van de basisverzekering, aanvullende verzekeringen en de CZM verschilt van jaar tot jaar. Naar verwachting zal het gemeentepakket in de toekomst niet langer een apart pakket zijn, maar onderdeel worden van de aanvullende verzekering van de CZM. Het is daarom van belang om bij het beoordelen van aanvragen altijd na te gaan wat op dat moment wel of niet verzekerd is en wat wel of niet onder de CZM valt.

Overgangsjaar 2015

Hoewel deze Regeling in de tweede helft van 2015 wordt vastgesteld, heeft deze Regeling betrekking op heel 2015. 2015 kan gezien worden als een overgangsjaar waarin sommige besluiten herzien moeten worden voor aanvragen die al werden gedaan voor de vaststelling van deze Regeling. In de artikelsgewijze toelichting wordt dit verder uitgewerkt. Aangezien deze Regeling pas uitgevoerd kan worden na vaststelling en publicatie ervan, zal het noodzakelijk zijn om voldoende gelegenheid te bieden aan onze inwoners om in 2016 alsnog een aanvraag over 2015 in te kunnen dienen. Het streven is om zoveel mogelijk aanvragen uiterlijk in februari 2016 binnen te hebben. In afwijking van wat in artikel 12, lid 3 van deze Regeling gesteld wordt, zullen aanvragen over 2015 die later in 2016 binnenkomen, als tijdig ingediend worden beschouwd en alsnog in behandeling worden genomen.

Geen verslechtering voor minima

Voor een aantal kostenposten kon al een beroep worden gedaan op de Individuele Bijzondere Bijstand (bijv. voor meerkosten voor bewassing, kledingslijtage of dieetkosten). Dat kan in principe nog steeds en wel in twee situaties:

1. Als het gaat om personen die niet tot de doelgroep van (een onderdeel van) deze Regeling voor chronisch zieken en gehandicapten behoren.
2. Als deze Regeling een verslechtering voor de doelgroep zou betekenen ten opzichte van de situatie van voor 2015.

In beide gevallen is het mogelijk om langs de richtlijnen voor het beleid van de Individuele Bijzondere Bijstand te beoordelen of er wel of geen recht bestaan op een (aanvullende) vergoeding.

Een voorbeeld bij de eerste situatie. Iemand behoort wat inkomen betreft niet tot de doelgroep. Stel het inkomen bedraagt 125% van de van toepassing zijnde bijstandsnorm. Men vraagt Bijzondere Bijstand aan voor kosten van een maaltijdvoorziening. In dit geval behoort men niet tot de doelgroep van dat onderdeel van deze Regeling. Er kon voor deze kosten wel Bijzondere Bijstand worden verleend. Dat blijft zo, en wel met toepassing van de draagkrachtberekening.

Een voorbeeld bij de tweede situatie. Iemand heeft een gehoorapparaat nodig en de wettelijke eigen bijdrage van 25% bedraagt € 500,- Als de zorgverzekeraar dit bedrag niet (volledig) vergoedt vanuit de zorgverzekering die deze persoon op dat moment heeft, dan zou deze persoon onder het Individuele Bijzondere Bijstandsbeleid € 500,- vergoed krijgen als men geen draagkracht heeft en men niet in de CZM zit die deze kosten volledig vergoedt.

Vanuit deze Regeling wordt op basis van het onderdeel “Bijzondere Bijstand voor medische kosten of behandelingen die niet of niet volledig vergoed worden door de zorgverzekeraar en/of de CZM” (artikel 10 van deze Regeling) in deze situatie een forfaitair bedrag van € 250,- verstrekt. Dat is een verslechtering ten opzichte van de situatie dat men anders € 500,- aan Individuele Bijzondere Bijstand zou ontvangen. Dat is een ongewenste situatie. In dat geval wordt – zonder dat hiervoor een aparte aanvraag door de klant behoeft te worden gedaan - tevens een aanvulling van € 250,- verstrekt uit de Individuele Bijzondere Bijstand.

Er zijn ook situaties denkbaar waarbij geen Individuele Bijzondere Bijstand werd toegekend. Zo is binnen het Individuele Bijzondere Bijstandsbeleid geen vergoeding mogelijk voor de kosten van een keuring voor een gehandicaptenparkeerkaart. Als men tot de doelgroep van deze Regeling behoort (een toegekende gehandicaptenparkeerkaart; een inkomen tot 120% van de van toepassing zijnde bijstandsnorm en een laag vermogen) dan krijgt men wel de kosten hiervoor vergoed.

Behoort men echter niet tot deze doelgroep (bijvoorbeeld in verband met een inkomen boven de 120%), dan is conform het Individuele Bijzondere Bijstandsbeleid geen vergoeding mogelijk, ook niet met inachtneming van een draagkracht. De aanvraag wordt derhalve ook nu afgewezen.

Terugwerkende kracht

Een ander punt van aandacht is het verstrekken van vergoedingen met terugwerkende kracht. De hoofdregel binnen deze Regeling is dat men binnen het lopende kalenderjaar of de twee maanden daarna, een aanvraag indient. Krijgt men de kosten in december in beeld, dan heeft men dus nog januari en februari om een aanvraag voor de Regeling in te dienen.

Een andere situatie waarbij sprake kan zijn van terugwerkende kracht, vindt haar oorzaak in trage afhandeling door o.a. ziekenhuizen, specialisten of zorgverzekeraars van facturen en nota's die op een voorliggende periode betrekking hebben.

Het komt voor dat kosten gemaakt worden in jaar x en dat pas twee jaar later een afrekening komt waardoor men over jaar x alsnog een nota moet betalen en men het nog niet (volledig) benutte eigen risico moet aanspreken. In dergelijke gevallen voorziet de

Regeling erin dat in het jaar dat de kosten in beeld komen doordat men dan pas een nota krijgt, gekeken wordt of in jaar x voor die persoon, alsnog recht had bestaan op een of meerdere tegemoetkomingen op basis van deze Regeling.

Heeft men in jaar x al maximaal gebruik gemaakt van deze Regeling, dan ontstaat geen recht op een vergoeding door een laat ontvangen nota. Heeft men echter in dat jaar nog geen tegemoetkoming in de kosten ontvangen die wel mogelijk was geweest als men die nota in dat jaar ontvangen had, dan kan alsnog met terugwerkende kracht over dat kalenderjaar een vergoeding worden toegekend als in jaar x, én op het moment van aanvraag, aan alle voorwaarden voor die vergoeding werd voldaan.

Men moet op het moment van aanvraag voldoen aan alle voorwaarden, omdat deze Regeling in het leven is geroepen om personen met een laag inkomen en een laag vermogen te compenseren in verband met hoge kosten als gevolg van een chronische ziekte of handicap. Zou men in jaar x een laag inkomen hebben gehad, maar in het jaar van aanvraag een inkomen boven de toegestane grens, dan voldoet men niet meer aan het doel van deze Regeling. In schrijnende gevallen is een beroep op de hardheidsclausule mogelijk.

Compensatie eigen risico over 2014

Een uitzondering op de regel dat men binnen twee maanden na het verstrijken van een kalenderjaar een aanvraag moet hebben ingediend, vormt de compensatie voor het eigen risico over 2014. Deze aanvragen zijn mogelijk tot en met februari 2016. De gemeente zal hier op tal van manieren bekendheid aan geven (via mailingen, persberichten, informatie via intermediairs enz.).

Gehandicaptenparkeerkaarten

Na de inwerkingtreding van deze beleidsregels zal worden nagegaan wie in 2015 een gehandicaptenparkeerkaart toegekend hebben gekregen voordat deze regels in werking traden. Deze personen zullen alsnog in de gelegenheid worden gesteld om een aanvraag voor vergoeding in te dienen. Op deze manier wordt voorkomen dat er een ongelijke situatie ontstaat voor kaarten die eerder in 2015 aangevraagd werden.

Artikelsgewijze toelichting

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

Bij de omschrijving van het begrip Draagkrachtbepaling wordt verwezen naar de beleidsregels hiervoor die in Midden-Drenthe gelden bij aanvragen voor Individuele Bijzondere Bijstand. Door deze algemene omschrijving wordt voorkomen dat deze Regeling steeds aangepast moet worden als het beleid ten aanzien van Individuele Bijzondere Bijstand wordt gewijzigd.

Artikel 2 Afbakening

In het eerste lid wordt impliciet aangegeven dat eerst gekeken moet worden of een persoon behoort tot de doelgroep van deze Regeling voordat de aanvraag kan worden afgehandeld. Als dat zo is, dan gelden de bepalingen in deze Regeling en wel omdat die over het algemeen gunstiger zijn voor personen met een laag inkomen dan de bepalingen uit de Individuele Bijzondere Bijstand.

In het tweede lid staat dat de regels van de Individuele Bijzondere Bijstand gelden als men niet voldoet aan de criteria voor inkomen en vermogen om tot deze Regeling te behoren. Bij deze personen wordt dus altijd een draagkrachtbepaling gedaan.

Artikel 3 Doel Regeling

In dit artikel wordt aangegeven wat het doel is van de Regeling: een tegemoetkoming van de meerkosten voor met name genoemde kostensoorten indien er geen of ontoereikende voorliggende voorzieningen zijn. Bij voorliggende voorziening kan worden gedacht aan de zorgverzekering, de collectieve ziektekostenverzekering voor minima (CZM), maar ook aan de forfaitaire vergoeding die via de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen verstrekt wordt om de meerkosten van het hebben van een chronische ziekte of handicap te compenseren. Deze vergoeding wordt ook na afschaffing van de Wtcg nog steeds verstrekt.

In het eerste lid wordt gesproken over personen en niet over huishoudens. Het is immers mogelijk dat twee of meer personen in een huishouden tot de doelgroep van de regeling behoren. In dat geval heeft elk van hen recht op een vergoeding als aan de voorwaarden van dat onderdeel van de regeling voldaan wordt. Dit betekent dat beide partners in aanmerking kunnen komen voor bijvoorbeeld de compensatie van het eigen risico als beide partners € 200,- of meer hebben moeten betalen aan het verplichte eigen risico en hun gezamenlijk inkomen niet meer is dan 110% van de voor hen van toepassing zijnde bijstandsnorm.

In het tweede lid wordt expliciet aangegeven dat er sprake is van een limitatieve opsomming van kostensoorten (als benoemd in artikel 7 tot en met 11) waarbij sprake kan zijn van een tegemoetkoming. Kan een kostenpost niet geschaard worden onder een van de onderdelen van deze Regeling, dan gelden de regels van de Individuele Bijzondere Bijstand.

Artikel 4 Doelgroep regeling

In dit artikel wordt aangegeven wie tot de doelgroep behoort. Net als bij andere vormen van Bijstand geldt dat men rechtmatig in Nederland moet verblijven en dat men ingeschreven moet staan in de Basisregistratie Personen van onze gemeente.

In het eerste lid wordt aangegeven dat men alleen tot de doelgroep behoort als men tevens voldoet aan de voorwaarden voor inkomen en vermogen van de betreffende kostenpost. Tevens wordt in dit lid voorzien in de situatie dat minderjarige thuiswonende kinderen een voorziening nodig kunnen hebben waaraan kosten zijn verbonden die niet uit een voorliggende voorziening gedekt kunnen worden, zoals extra kosten als gevolg van bedlegerigheid. Als hun ouders tot de doelgroep behoren, dan kan hiervoor op grond van de Regeling een vergoeding worden toegekend.

In het tweede lid wordt aangegeven dat men niet tot de doelgroep behoort als men verblijft in een asielzoekerscentrum én niet voldoet aan het gestelde in artikel 11 Participatiewet of als men in detentie is. De reden hiervan is dat het Rijk voorziet in de kosten die noodzakelijk zijn voor deze groepen.

In het derde lid wordt verwoord dat men niet tot de doelgroep behoort als men in enig kalenderjaar verhuisd is naar Midden-Drenthe en men in de gemeente van vertrek al een vergoeding heeft ontvangen voor bepaalde kosten. Het is immers niet de bedoeling dat men voor dezelfde kosten nogmaals een vergoeding ontvangt.

Artikel 5 Inkomen

In het eerste lid wordt aangegeven dat het in aanmerking te nemen inkomen op dezelfde manier vastgesteld wordt als voor een aanvraag voor Algemene Bijstand op basis van de Participatiewet.

In het tweede lid wordt bepaald dat het inkomen op de aanvraagdatum getoetst wordt en niet meer mag bedragen dan het percentage van de van toepassing zijnde bijstandsnorm dat bij het aangevraagde onderdeel van de Regeling genoemd wordt.

In het derde lid wordt aangegeven dat bij aanvragen met terugwerkende kracht, zowel op de aanvraagdatum, als in het jaar waarop een aanvraag betrekking heeft, voldaan moet worden aan de inkomenseis. Bij deze aanvragen kan men dit vaststellen aan de hand van de jaaropgaven van inkomsten gedurende het jaar waarover de aanvraag ingediend wordt of bij gebrek daaraan, alle inkomensspecificaties over dat jaar. Het gemiddelde maandinkomen over dat jaar, is bepalend voor de toetsing van het inkomen in dat jaar.

Artikel 6 Vermogen

In het eerste lid wordt aangegeven dat de hoogte van het in aanmerking te nemen vermogen, op dezelfde manier vastgesteld wordt als genoemd in de Participatiewet. Er wordt dus niet alleen gekeken naar banksaldi en mogelijke schulden, maar ook naar de waarde van bijvoorbeeld een auto of waardepapieren als aandelen.

In het tweede lid wordt aangegeven dat het vermogen dat gebonden is in een eigen woning in deze Regeling buiten beschouwing wordt gelaten als men zelf ook hoofdbewoner van die woning is. Dit impliceert dat eigen woning bezit wel meetelt bij het vaststellen van het vermogen als men de woning verhuurt of niet zelf als hoofdbewoner bewoont. Door deze formulering worden alle tweede (derde enz.) woningen, alsmede recreatie- of vakantiewoningen die men heeft naast de woning waarin men het hoofdverblijf heeft, mee geteld bij de vaststelling van het vermogen.

In het derde lid wordt aansluiting gezocht bij het vastgestelde Bijzonder Bijstandsbeleid voor wat betreft de vrijlating van een deel van het vermogen in de limitatieve opsomming die hier gegeven wordt. Anno 2015 bedraagt bijvoorbeeld de vrijlating voor een auto € 7000,-. Is de auto op de peildatum meer waard dan € 7000,-, dan telt alleen het meerdere mee als vermogen. Door deze formulering wordt beoogd dat er geen verschil is in de manier waarop het vermogen wordt vastgesteld voor deze Regeling als voor de Individuele Bijzondere Bijstand. Als de vrijlatingsbedragen in het Individuele Bijzondere Bijstandsbeleid worden aangepast, dan geldt dit eveneens voor deze Regeling.

In het vierde lid staat dat het vermogen (met inachtneming van de vrijlatingen als genoemd in het tweede en derde lid) op de aanvraagdatum getoetst wordt aan de grenzen als genoemd in de Participatiewet. Ook hier geldt dat als deze grenzen veranderen voor de Algemene en Individuele Bijzondere Bijstand, dit ook opgaat voor deze Regeling.

Het vermogen op de bank fluctueert al naar gelang er bij-en afschrijvingen plaatsvinden. Om praktische redenen wordt in het vijfde lid aangegeven dat het vermogen op de bankrekening(en) vastgesteld wordt aan de hand van het meest recente bank- en of giroafschrift. Heeft iemand meerdere rekeningen, dan zijn er meerdere peildata mogelijk.

In het zesde lid wordt aangegeven dat een vermogenstoets niet nodig is bij personen met een lopende bijstandsuitkering. Zij hebben immers de plicht om melding te maken van veranderingen die van invloed kunnen zijn op het recht op uitkering.

Artikel 7 Bijzondere Bijstand voor specifieke niet medische meerkosten

Voor de in dit artikel genoemde kosten kan Individuele Bijzondere Bijstand worden verstrekt als er een indicatie is afgegeven. Deze kostensoorten worden onder deze Regeling gebracht voor degenen die tot de doelgroep van deze Regeling behoren omdat het bij uitstek kosten zijn als gevolg van ziekte of handicap. Door deze specifieke kosten in de Regeling op te nemen, wordt bewerkstelligd dat chronisch zieken en gehandicapten met een inkomen tussen bijstandsniveau en 120% van de van toepassing zijnde Bijstandsnorm, geen draagkracht betalen.

Om efficiency redenen worden de meerkosten voor een maaltijdvoorziening conform het vastgestelde beleid bepaald op € 3,- per warme hoofdmaaltijd. Dit bedrag is gebaseerd op de gemiddelde meerkosten die berekend zijn bij afnemers van maaltijden bij Welzijnswerk en Apetito, de belangrijkste leveranciers van een maaltijdvoorziening.

In dit artikel wordt geen limitatieve opsomming gegeven van leveranciers. Dit impliceert dat er vrije keuze is wat betreft aanbieder van deze maaltijdvoorziening. Ook kan de vergoeding van € 3,- in voorkomende gevallen worden verstrekt als iemand uit eten is geweest of gebruik heeft gemaakt van kant en klare supermarktmaaltijden. Voorwaarde is wel dat over de hele maand of enkele maanden de gemiddelde kosten minimaal € 5,50 bedragen. Hierdoor wordt de keuzevrijheid vergroot.

Uiteraard geldt de vergoeding niet voor de boodschappen waaruit een maaltijd kan worden samengesteld. Uitgangspunt is immers dat iemand kant en klare maaltijden nodig heeft en dat daar meerkosten aan zijn verbonden.

Om die reden moeten de kosten van de maaltijdvoorziening wel per maaltijd aangetoond worden. Dat kan op verschillende manieren, bijvoorbeeld door nota's van de leverancier die de vriesverse maaltijden levert. Hierover worden bij de toekenning afspraken gemaakt met de aanvrager. Dit wordt in de beschikking vastgelegd. Ook wordt met de aanvrager besproken hoeveel maaltijden er gemiddeld per maand besteld worden, zodat de vergoeding daarop afgestemd kan worden.

In het eerste lid wordt aangegeven dat het om geïndiceerde kosten moet gaan. Er is dus geoordeeld dat deze kosten voor die persoon noodzakelijk zijn. In dit lid wordt een limitatieve opsomming gegeven van niet medische meerkosten waarvoor een tegemoetkoming in de kosten mogelijk is.

In het tweede lid wordt aangegeven wie tot de doelgroep van deze Regeling behoort als het gaat om de in dit artikel genoemde kosten.

In het derde lid wordt verwezen naar de GMD-lijst (Gemeenschappelijke Medische Dienst) en de Nibudprijzenlijst die gehanteerd worden bij het vast stellen van de hoogte van de meerkosten. Deze lijsten worden met regelmaat geïndexeerd.

In het vierde lid wordt aangegeven dat bij een warme maaltijdvoorziening een forfaitair bedrag van € 3,- per afgenomen maaltijd verstrekt wordt, op voorwaarde dat de maaltijdvoorziening aantoonbaar gemiddeld over een zekere periode (een tot drie maanden) minimaal € 5,50 kost. Dit kan door middel van de overzichten van erkende leveranciers van vriesverse maaltijden of door middel van bonnetjes.

Omdat de kostprijs van sommige maaltijden lager is dan € 5,50 en van andere warme maaltijden hoger, wordt het gemiddelde aantal maaltijden waarover een vergoeding verstrekt kan worden voor de meerkosten, over een periode van één maand tot enkele maanden berekend, net als bij de Individuele Bijzondere Bijstand gedaan wordt. Ook binnen deze Regeling geldt dat het moet gaan om een kant en klare maaltijd die men thuis in de magnetron kan opwarmen en dat de kosten van voor- bij- en nagerechten buiten beschouwing blijven. Incidenteel kan de maaltijdvergoeding gebruikt worden als bijdrage in de kosten van een buitenshuis in een restaurant of eetgelegenheid genuttigde maaltijd waarvoor aanvrager de kosten draagt.

Artikel 8 Bijzondere Bijstand voor een toegekende gehandicaptenparkeerkaart

Volgens het vigerende Individuele Bijzondere Bijstandsbeleid is er geen vergoeding mogelijk voor de kosten van (de keuring voor) een gehandicaptenparkeerkaart. In dit artikel wordt aangegeven dat er onder voorwaarden voor een bepaalde doelgroep wel een vergoeding mogelijk is.

In het eerste lid wordt aangegeven dat met ingang van 2015 een vergoeding kan worden toegekend. Dit betekent dat ook een vergoeding kan worden toegekend voor aanvragen die gedaan zijn in 2015, maar voordat het college deze Regeling heeft vastgesteld. Zoals in de algemene toelichting wordt aangegeven, zullen de aanvragen die er in 2015 zijn geweest voordat deze Regeling is ingegaan, worden herzien. Voldoet men aan de voorwaarden van dit onderdeel van deze Regeling, dan kan alsnog met terugwerkende kracht tot 1 januari 2015 een vergoeding worden toegekend.

In het tweede lid wordt bepaald dat een vergoeding alleen mogelijk is bij een toegekende gehandicaptenparkeerkaart. Dit is gedaan om te voorkomen dat een oneigenlijk aantal personen een beroep doet op de regeling en voor de keuring opgaat, ook als ze op voorhand al weten dat de kans op een toekenning niet of nauwelijks aanwezig is.

In het derde lid wordt aangegeven wie tot de doelgroep van dit onderdeel van de Regeling behoort.

In het vierde lid wordt de hoogte van de vergoeding aangegeven voor 2015. Het te vergoeden bedrag wordt jaarlijks door het college vastgesteld en wordt vermeld in de Legesverordening.

Artikel 9 Bijzondere Bijstand voor een deel van de eigen bijdrage voor Wmo-Voorzieningen

De collectieve ziektekostenverzekering voor minima (CZM) biedt een vergoeding voor de eigen bijdrage voor Wmo-voorzieningen. Omdat niet iedereen bij de CZM is aangesloten wordt in dit artikel bepaald dat Bijzondere Bijstand in het kader van deze Regeling mogelijk is voor een bepaalde doelgroep.

In het eerste lid wordt aangegeven dat dit mogelijk is met ingang van 2015. Het is daarmee niet van belang of deze Regeling al in werking was getreden of niet.

In het tweede lid wordt aangegeven dat men slechts recht heeft op een vergoeding voor de eigen bijdrage in het jaar dat men nog niet kan overstappen naar de CZM. Als een overstap wel mogelijk is, maar men ervoor kiest om dat niet te doen, dan is in een volgend jaar geen Bijzondere Bijstand meer mogelijk omdat er een voorliggende voorziening is waar men gebruik van had kunnen maken.

In het derde lid wordt bepaald wie tot de doelgroep van dit onderdeel van de Regeling behoort.

In het vierde lid wordt gesteld dat er een forfaitair bedrag wordt toegekend bij eigen bijdragen voor een Wmo-voorziening.

In het vijfde lid wordt aangegeven welk maandbedrag van toepassing is als de voorziening slechts over een gedeelte van een jaar wordt aangevraagd. Dit bedrag komt ongeveer overeen met 1/12 deel van het bedrag dat over een jaar kan worden toegekend, maar is om uitvoeringstechnische redenen afgerond op hele euro's.

Artikel 10 Bijzondere Bijstand voor medische kosten of behandelingen die niet of niet volledig vergoed worden door de zorgverzekeraar en/of de CZM

In dit artikel gaat het over de kosten voor medicijnen of behandelingen die niet of niet volledig vergoed worden vanuit de ziektekostenverzekering. Hiervoor is in principe geen Individuele Bijzondere Bijstand mogelijk omdat de ziektekostenverzekering als voorliggende voorziening passend en toereikend wordt geacht. Dit beleid was mede gebaseerd op het feit dat tot en met 2014 een forfaitaire vergoeding vanuit de Wtcg kon worden verstrekt voor dergelijke kosten.

Nu de Wtcg is afgeschaft en gemeenten via de Wmo budget ontvangen om een financiële compensatie te bieden aan chronisch zieken en gehandicapten, heeft de raad besloten om aan de doelgroep van deze Regeling een forfaitaire vergoeding te bieden als er sprake is van noodzakelijke medische kosten die juist niet door de zorgverzekeraar gedekt worden. Deze kosten laten zich niet makkelijk specificeren. Er is dan ook gekozen voor de omgekeerde weg: als er door een arts, specialist, fysiotherapeut, apotheker enz. behandelingen zijn verricht of medicijnen zijn verstrekt, die gedeclareerd zijn bij de zorgverzekering, maar daar niet (volledig) door worden vergoed, dan wordt in het kader van deze Regeling bepaald dat er sprake kan zijn van een forfaitaire vergoeding op jaarbasis. Via overzichten van de zorgverzekeraar zijn deze kosten aantoonbaar.

Omdat zorgverzekeraars ook bepaalde verstrekkingen (zoals een bril of een gehoorapparaat) helemaal of ten dele kunnen vergoeden, is in het tweede lid een opsomming gegeven van verstrekkingen die ook onder dit artikel vallen. Uitzondering hierop is de rollator. Hiervoor wordt geen rekening meer gestuurd aan zorgverzekeraars omdat de rollator helemaal uit het vergoedingspakket is gehaald. Toch is dit bij uitstek een verstrekking aan iemand die motorisch beperkt is, terwijl er geen voorliggende voorziening voor is. De rollator wordt daarom als verstrekking toegevoegd in de limitatieve opsomming in het tweede lid van dit artikel.

In het eerste lid wordt aangegeven dat het moet gaan om noodzakelijke behandelingen, medische kosten dan wel specifieke verstrekkingen die niet of niet volledig vergoed worden door de zorgverzekeraar.

In het tweede lid wordt een limitatieve opsomming gegeven van verstrekkingen die ten doel hebben om een visuele, auditieve of motorische beperking te compenseren. Op grond van deze Regeling kunnen rollators voor binnen en/of buitengebruik voor vergoeding in aanmerking komen. Naast rollators die zowel binnen als buiten gebruikt kunnen worden, zijn

er ook rollators die alleen geschikt zijn voor gebruik binnenshuis. Het is mogelijk dat er voor een persoon twee rollators noodzakelijk zijn: een stevige voor buitenshuis en voor binnenshuis een lichtgewicht en wendbare rollator, bijvoorbeeld om over drempels of verhogingen te kunnen tillen. In dat geval vallen beide rollators onder de verstrekkingen als bedoeld in dit artikel.

Voor gebitsprotheses geldt vanuit de basisverzekering een wettelijke eigen bijdrage. De hoogte van deze bijdrage kan oplopen tot honderden euro's. Voor minima die om medische redenen een prothese nodig hebben, is Individuele Bijzondere Bijstand mogelijk, echter met een draagkrachtberekening. De gebitsprothese is toegevoegd aan de limitatieve opsomming van verstrekkingen waarvoor een vergoeding vanuit deze Regeling mogelijk is, omdat een goed gebit noodzakelijk is om op een goede manier voedsel te kunnen kauwen om zo ziektes te helpen voorkomen.

In het derde lid wordt aangegeven dat tandheelkundige behandelingen met de codes C, H, M en V ook gezien worden als medische behandelingen in het kader van deze Regeling. Het gaat hier om consulten (C-codes) en second opinion bij een tandarts/mondhygiënist, kaakchirurg en tandprotheticus; trekken tanden/kiezen (H-codes); mondhygiëne (M-codes); en vulling (V-codes). Dit is een limitatieve opsomming. Uitgangspunt hierbij is dat het gaat om de meest basale behandelingen die nodig zijn om goed te kunnen kauwen. Hoewel men zich kan verzekeren voor deze kosten, is er in de CZM ook in de meest uitgebreide tandverzekering een maximum vergoeding per kalenderjaar opgenomen voor vullen en trekken. Eventuele meerkosten waar in dat jaar geen vergoeding voor mogelijk is, kunnen worden meegeteld als kosten als bedoeld in het zevende lid.

Vanuit deze Regeling is geen vergoeding mogelijk voor verstrekkingen zoals kronen, bruggen, stifttanden, plaatjes, beugels enz. De kosten die men hiervoor maakt, tellen niet mee bij de kosten die men minimaal moet maken om voor een forfaitaire vergoeding in aanmerking te komen.

In het vierde lid wordt de doelgroep van dit onderdeel van de Regeling aangegeven.

In het vijfde lid staat de hoogte van de forfaitaire vergoeding die verstrekt kan worden als men voldoet aan alle voorwaarden. Tevens wordt in dit lid bepaald dat de kosten aantoonbaar moeten zijn via het door zorgverzekeraars verstrekte overzicht van bij hen gedeclareerde kosten die niet of niet volledig vergoed worden. De reden hiervoor is dat het moet gaan om noodzakelijke kosten, en daarmee wordt niet bedoeld de zelfzorgmedicijnen die men zonder medische indicatie heeft aangeschaft. Voor zelfzorgmedicijnen (bijv. een hoestdrank of paracetamol die men bij een drogist of supermarkt heeft gekocht) is geen vergoeding vanuit deze Regeling mogelijk.

In het zesde lid wordt aangegeven dat de noodzaak vaststaat als de kosten worden aangetoond door middel van het overzicht van de zorgverzekeraar waarop staat welke op medische indicatie voorgeschreven behandelingen, medicijnen en de in het tweede lid genoemde verstrekkingen, niet vergoed worden. Bij een aanvraag voor een vergoeding in verband met een rollator is dit niet mogelijk omdat de vergoeding is geschrapt uit de

zorgverzekering. Indien iemand bekend is met een Wmo-voorziening voor mobiliteit (waaronder een woningaanpassing, vervoer, rolstoel), dan is de noodzaak voor een rollator genoegzaam aangetoond. Als dat niet het geval is, moet de noodzaak blijken uit een verklaring van een (huis)arts of een wijkverpleegkundige. Als iemand een rollator voor buitenshuis heeft, en een rollator voor binnen aanvraagt (of omgekeerd), dan hoeft de noodzaak voor de 2^e rollator niet te worden aangetoond.

In het zevende lid wordt aangegeven dat er een minimumbedrag van € 75,- zelf moet zijn betaald, alvorens men voor de forfaitaire vergoeding als genoemd in het vijfde lid in aanmerking komt. Hierdoor wordt het mogelijk om direct al bij de eerste rekening(en) die men zelf moet betalen, het forfaitaire bedrag aan te vragen. In principe kan dat al aan het begin van het jaar zijn. Omdat de forfaitaire vergoeding één keer per jaar aangevraagd kan worden (ongeacht de hoogte van de kosten die men zelf moet betalen), heeft men zelf de keuze om dat direct te doen als men het minimumbedrag heeft bereikt, of later in het jaar als er meer rekeningen zijn binnengekomen.

Het achtste lid geeft aan dat er een onderscheid wordt gemaakt tussen kosten die wel of niet volledig vergoed zouden kunnen worden door de CZM van de gemeente. Indien men geen gebruik maakt van de CZM en het kosten betreft die wel volledig vergoed zouden zijn geworden als men wel in de CZM zou zitten, dan is een vergoeding voor die kosten alleen mogelijk in het jaar dat men nog niet kan overstappen naar de CZM.

Door deze bepaling wordt voorkomen dat mensen die zich bewust niet verzekeren, voor op zich wel verzekerbare kosten, een beroep doen op dit onderdeel van deze Regeling. Vanaf 2016 zal dus worden beoordeeld of iemand al een beschikking heeft ontvangen waarin staat dat de vergoeding voor die kosten eenmalig is geweest omdat men zich kan verzekeren voor die kosten. Uiteraard kan men ook als men niet verzekerd is via de CMZ, wel jaarlijks kosten hebben die niet volledig gedekt worden vanuit de CZM. In dat geval blijft het mogelijk om de forfaitaire vergoeding te ontvangen.

In het negende lid wordt bepaald dat er een noodzaak moet zijn om een rollator te vervangen. Uitgangspunt hierbij is dat men in principe een aantal jaren met een rollator toe zou moeten kunnen en dat reparatie geen passende en toereikende oplossing is.

Het tiende lid bepaalt dat een vergoeding op grond van dit onderdeel van de Regeling alsnog achteraf mogelijk is als blijkt dat de rekening niet in het betreffende kalenderjaar bij de klant bekend is. Dit lid geeft aan dat de aanvrager dan wel moet aantonen aan de voorwaarden van dit onderdeel te voldoen.

In het elfde lid wordt uitgewerkt dat de Regeling geen verslechtering mag betekenen ten opzichte van het Individuele Bijstandsbeleid op de onderdelen die nu in deze Regeling zijn vervat. Daarom is in lid 11 bepaald dat er een aanvulling vanuit de Individuele Bijzondere Bijstand kan worden toegekend als er sprake is van een eigen bijdrage voor een gehoorapparaat of een gebitsprothese. Omdat het hier personen betreft die tot de doelgroep van deze Regeling behoren, is tevens in dit lid bepaald dat er geen

draagkrachtberekening plaatsvindt over de aanvulling vanuit de Individuele Bijzondere Bijstand.

In het twaalfde lid wordt bepaald dat er voor tandheelkundige behandelingen geen aanvulling vanuit de Individuele Bijzondere Bijstand wordt verstrekt. Dit sluit aan bij het vigerende beleid dat er geen Individuele Bijzondere Bijstand wordt verstrekt voor tandheelkundige behandelingen omdat men zich hiervoor in principe kan verzekeren.

Artikel 11 Bijzondere Bijstand ter compensatie van deel van het wettelijk eigen risico

In dit artikel wordt een algemene tegemoetkoming geregeld voor de compensatie van het eigen risico omdat het Rijk vanaf 2014 de CER (compensatie eigen risico) heeft afgeschaft en het mogelijk heeft gemaakt dat gemeenten voor dit doel een financiële tegemoetkoming verstrekken. Bij het toekennen van deze compensatie wordt niet gekeken naar de reden van het aanspreken van het eigen risico, maar slechts naar de hoogte van het eigen risico dat men zelf moet betalen.

In het eerste lid wordt bepaald dat een compensatie van het eigen risico pas mogelijk is als men minimaal € 200,- heeft moeten betalen.

In het tweede lid wordt aangegeven wie tot de doelgroep van deze Regeling behoort als het gaat om de in dit artikel genoemde kosten.

In het derde lid wordt de hoogte van de forfaitaire tegemoetkoming aangegeven en wordt bepaald dat deze tegemoetkoming eens per kalenderjaar kan worden toegekend op basis van aantoonbare kosten die men gemaakt heeft. Middels het overzicht van de zorgverzekeraar kan men deze kosten aantonen.

In het vierde lid wordt aangegeven dat men ook recht kan hebben op deze compensatie van het eigen risico als pas in een later jaar rekeningen binnen komen bij de klant waarbij alsnog het eigen risico over 2014 of een later jaar moet worden betaald. Voorwaarde is wel dat men op de aanvraagdatum én in het betreffende jaar tot de doelgroep behoort en dat men in het betreffende kalenderjaar minimaal € 200,- eigen risico moet hebben betaald en er nog niet eerder over dat jaar een compensatie hiervoor is verstrekt.

Uitgangspunt van de Regeling is dat men tot de doelgroep behoort. Men zal dus op de aanvraagdatum tot de doelgroep moeten behoren om er aanspraak op te maken. Dit impliceert dat aanvragen over voorliggende jaren niet kunnen worden toegekend als men op de aanvraagdatum niet tot de doelgroep behoort.

Artikel 12 Aanvragen

In het eerste lid wordt geregeld dat het moet gaan om een schriftelijke aanvraag op een vastgesteld formulier.

In het tweede lid wordt de periode aangegeven waarbinnen aanvragen over een bepaald kalenderjaar moeten worden ingediend, indien de aanvrager een nota of factuur heeft ontvangen voor de betreffende kosten. Door de formulering heeft men minimaal twee

maanden de tijd om een aanvraag in te dienen (nl. als de kosten pas in december bekend zijn, dan kan men de aanvraag in januari of februari van het daarop volgende jaar indienen.) In het derde lid wordt in aanvulling op het tweede lid gesteld dat te laat ingediende aanvragen niet voor vergoeding in aanmerking komen. Mocht overschrijding van de in het tweede lid genoemde termijn niet verwijtbaar zijn, dan kan met een beroep op de hardheidsclausule alsnog de aanvraag in behandeling worden genomen.

In het vierde lid wordt bepaald dat aanvragen met terugwerkende kracht in behandeling worden genomen als rekeningen pas na het verstrijken van het kalenderjaar bij de cliënt bekend zijn als gevolg van trage afhandeling door de zorgverlener of de zorgverzekeraar.

In aanvulling op het vierde lid, wordt in het vijfde lid aangegeven dat de cliënt die kosten in het lopende kalenderjaar of uiterlijk in de eerste twee maanden van het daarop volgende kalenderjaar de aanvraag kan indienen. Door deze formulering houdt de cliënt minimaal twee maanden om een aanvraag over een bepaald voorliggend jaar in te dienen nadat de kosten hem of haar bekend zijn.

Artikel 13 Inlichtingen

In dit artikel wordt bepaald dat de cliënt de inlichtingenplicht heeft om het college tijdig en juist te informeren over alles dat van belang is om de aanvraag te kunnen beoordelen.

Artikel 14 Terugvordering

In dit artikel wordt aangegeven dat de verleende Bijzondere Bijstand geheel of gedeeltelijk teruggevorderd kan worden als uit een (onderdeel van een fraude) onderzoek of anderszins blijkt dat de aanvrager onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt waardoor een (te hoge) uitkering werd toegekend.

Voor zover de terugvorderingsgrond niet is opgenomen in de wet (Wmo 2015), kan worden teruggevorderd op grond van boek 6 Burg. Wetboek, artikel 203.

Artikel 15 Hardheidsclausule

Dit artikel spreekt voor zich.

Artikel 16 Citeertitel

Dit artikel spreekt voor zich.

Artikel 17 Inwerkingtreding

In dit artikel wordt geregeld dat deze Regeling een terugwerkende kracht heeft tot 1 januari 2015, de datum waarop de Wmo 2015 in werking is getreden en gemeenten de mogelijkheid werd geboden om een regeling als deze in te voeren.

Het eerste lid geeft aan wanneer deze Regeling, na publicatie ervan, in werking is getreden en bepaalt tevens dat deze Regeling terugwerkt tot 1 januari 2015. Door hier de datum van inwerkingtreding te vermelden, wordt een scheidslijn aangebracht tussen aanvragen die na deze datum worden ingediend en conform deze beleidsregels moeten worden afgehandeld en aanvragen die voor 1 oktober 2015 werden of hadden kunnen worden ingediend.

In het tweede lid wordt bepaald dat besluiten ingediend in de periode van 1 januari 2015 tot 1 oktober 2015, alsnog beoordeeld moeten worden met in acht neming van deze beleidsregels. Dit geldt met name voor aanvragen voor gehandicaptenparkeerkaarten en Bijzondere Bijstand voor niet medische kosten. Gedurende 2015 zijn deze aanvragen dusdanig geregistreerd dat een herbeoordeling mogelijk is.

In het derde lid wordt voorzien in de situatie dat er geen aanvragen werden ingediend omdat hiervoor geen Bijzondere Bijstand mogelijk was (de gehandicaptenparkeerkaarten). Voor deze situatie geldt dat het mogelijk wordt alsnog een aanvraag in te dienen gedurende minimaal drie maanden of zoveel langer als nodig of wenselijk is. Hiertoe zullen aanvragers van een gehandicaptenparkeerkaart die werd toegekend, actief benaderd worden. Omdat de kaart bij de gemeente moet worden aangevraagd, zijn deze gegevens beschikbaar.