

Enkele vuistregels voor bijzondere bijstand zorgkosten

- Zorgkosten moeten altijd eerst gedeclareerd worden bij de zorgverzekering voordat een aanvraag bijzondere bijstand kan worden ingediend.
- Het verplichte eigen risico kan niet vergoed worden via de bijzondere bijstand.
- Bij een uitgebreide tandartsbehandeling moet de persoon vooraf toestemming aanvragen bij de zorgverzekering.
- Alle zorgkosten die door de zorgverzekering aangemerkt zijn als niet medisch noodzakelijk worden niet vergoed via de bijzondere bijstand.
- Zorgkosten die gemaakt zijn buiten Nederland kunnen niet vergoed worden via de bijzondere bijstand.
- Kosten van zelfzorgmiddelen die zonder artsvoorschrift verkrijgbaar zijn, kunnen niet vergoed via de bijzondere bijstand.
- Geneesmiddelen die buiten de GVS vergoedingenlijst vallen, kunnen niet vergoed worden via de bijzondere bijstand, zelfs op voorschrift van een arts.
- De zorgkosten moeten aantoonbaar zijn middels een vergoedingsoverzicht van de zorgverzekering.

Cumulatieve zorgkosten

Zorgkosten binnen één kalenderjaar kunnen in aanmerking komen voor bijzondere bijstand voor het deel boven € 250,00 voor een alleenstaande of € 400,00 voor een (echt)paar. Eigen risico valt niet onder cumulatieve zorgkosten.

Termijn van 1 maand

Bijstand met terugwerkende kracht langer dan 1 maand is niet mogelijk. Dit staat in artikel 44 PW. Zodra de zorgkosten boven voornoemde bedragen uitkomen, moet de aanvraag bijzondere bijstand binnen 1 maand worden ingediend.

Voorbeeld:

Een alleenstaande persoon heeft in 2019 al € 240,00 aan eigen bijdrage betaald. Krijgt op 15 januari 2020 een brief van de zorgverzekering om nog een eigen bijdrage te betalen van € 60,00 over het 2019. Zijn cumulatieve zorgkosten zijn dus € 300,00.

De aanvraag bijzondere bijstand moet uiterlijk 15 maart 2020 ontvangen zijn door de ISD.

GGD advies

Indien nodig, kan de consulent van de ISD een medisch advies aanvragen bij de GGD. De aanvrager krijgt eerst een brief hierover.