



Aanmeldformulier POEK

Welkom bij Praktijk Ouder En Kind (POEK). Middels dit aanmeldformulier kunt u uw kind aanmelden. Wij vragen u om dit formulier volledig in te vullen. Met uw informatie kunnen wij inschatten of wij u de zorg kunnen bieden die u nodig heeft. Ook kunnen we met uw informatie de financiering van de zorg bij de gemeente aanvragen.

Uiteraard dragen wij zorg voor vertrouwelijkheid van uw gegevens.

Het ingevulde aanmeldformulier kunt u sturen naar aanmeldingen@poekalkmaar.nl

Naast dit aanmeldformulier hebben wij ook een **verwijsbrief van uw huisarts, een kinderarts of de gemeente nodig**. Deze kunt u als bijlage meezenden.

De gegevens van uw kind:

| | | |
|------------------------|-----|--|
| Voornaam / Voorletters | | |
| Achternaam | | |
| Geboortedatum / Plaats | | |
| Geslacht | M/V | |
| Nationaliteit(en) | | |
| Straat en huisnummer | | |
| Postcode en woonplaats | | |
| Burgerservicenummer | | |

De gegevens van u als ouder(s):

| | | |
|------------------------------|--|--|
| Voornaam/Voorletters | | |
| Achternaam | | |
| Geslacht | M/V | |
| Bent u: biologische ouder | ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> | |
| verzorgende ouder | ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> | |
| gezaghebbende ouder | ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> | |
| Geboortedatum / Plaats | | |
| Nationaliteit(en) | | |
| Telefoonnummer thuis/ mobiel | | |
| E-mailadres | | |
| Straat en huisnummer | | |
| Postcode en woonplaats | | |

| | | |
|------------------------------|--|--|
| Voornaam/Voorletters | | |
| Achternaam | | |
| Geslacht | M/V | |
| Bent u: biologische ouder | ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> | |
| verzorgende ouder | ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> | |
| gezaghebbende ouder | ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> | |
| Geboortedatum / Plaats | | |
| Nationaliteit(en) | | |
| Telefoonnummer thuis/ mobiel | | |
| E-mailadres | | |



| | |
|------------------------|--|
| Straat en huisnummer | |
| Postcode en woonplaats | |

| Naam broers/zussen | Geslacht | Geboortedatum | Wonend bij |
|--------------------|----------|---------------|------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|----------------------|--|
| Gezinsituatie | <input type="checkbox"/> volledig gezin <input type="checkbox"/> één-oudergezin <input type="checkbox"/> ouder met partner <input type="checkbox"/> pleeggezin <input type="checkbox"/> co-ouderschap <input type="checkbox"/> samengesteld gezin <input type="checkbox"/> anders, namelijk: |
|----------------------|--|

Gegevens huisarts

| | |
|----------------|--|
| Naam | |
| Adres | |
| Telefoonnummer | |
| E-mailadres | |

Indien van toepassing: Gegevens (gezins)voogd

| | |
|---------------------------|--|
| Voornaam | |
| Achternaam | |
| Telefoonnummer instelling | |
| Telefoonnummer mobiel | |
| E-mail | |

Indien van toepassing: Gegevens kinderopvang

| | |
|---|--|
| Naam kinderdagverblijf of peuterspeelzaal | |
| Telefoonnummer | |
| Wat is de naam van de vaste pedagogisch medewerker? | |

Indien van toepassing: Gegevens school

| | |
|---|--|
| Naam van de school | |
| Telefoonnummer | |
| In welke groep zit uw kind? | |
| Wat is de naam van de vaste leerkracht? | |



Kunt u uw vraag of reden voor aanmelding omschrijven?

Is er eerder hulpverlening geweest voor uw kind of het gezin?

Zo ja: Welke hulp, wanneer deze hulp was en vanuit welke organisatie deze is geboden?

Akkoord:

Met het ondertekenen van dit document gaat u akkoord met de aanmelding bij POEK en de aanvraag van financiering (het Individueel Budget Plafond (IBP)) bij uw gemeente. Wij vragen een IBP aan, en daaruit wordt onze zorg betaald. Indien de zorg langer duurt dan vooraf is ingeschat moet een verlenging van het IBP worden aangevraagd bij uw gemeente. Deze aanvraag zal dan met u worden besproken en met uw toestemming aan de gemeente verstuurd worden.

Datum ondertekening:

Naam ouder/ voogd:

Handtekening:

Naam ouder/ voogd:

Handtekening:

Naam evt. andere gezagsdrager:.....

Handtekening:

**S.v.p. als bijlage meezenden (indien mogelijk):
verwijzing van de huisarts/arts/gemeente**