

# Aanvraag Sociaal Medische Indicatie Kinderopvang

Wilt u meer informatie over de Sociaal Medische Indicatie Kinderopvang (SMIK) regeling, vergoedingen, Plusopvang en het aanvraagformulier? Kijk dan op [Rotterdam.nl/smik](http://Rotterdam.nl/smik)

Gemeente Rotterdam  
Team Sociaal Medische Advisering  
Antwoordnummer 1722  
3000 VB Rotterdam  
Telefoon: (010) 433 92 08  
E-mail: [smimo@rotterdam.nl](mailto:smimo@rotterdam.nl)

## Over dit formulier

Dit formulier kunt u (ook) online invullen, (tussendoor) opslaan en per mail opsturen. Velden met een \* zijn verplicht.

## Privacy

De gemeente gaat zorgvuldig om met uw gegevens. Meer leest u hierover op [Rotterdam.nl/privacy](http://Rotterdam.nl/privacy).

## Verklaring en ondertekening

*U dient een aanvraag in per kind.  
Wilt u voor meerdere kinderen  
kinderopvang aanvragen?  
Vul dan voor ieder kind apart een  
aanvraagformulier in.*

Als u dit formulier ondertekent bent u het ermee eens dat de kosten (met uitzondering van de wettelijke eigen ouderbijdrage) voor de kinderopvang rechtstreeks door de gemeente aan de kinderopvangorganisatie worden betaald. De kosten voor de wettelijke ouderbijdrage betaalt u aan de kinderopvangorganisatie. Dit is alleen als de sociaal medische indicatie is vastgesteld en u gebruik maakt van de kinderopvang.

Ik heb dit formulier gelezen en naar waarheid ingevuld. Ik weet dat ik wijzigingen in mijn woonsituatie, persoonlijke- en financiële omstandigheden, onmiddellijk moet doorgeven aan de Gemeente Rotterdam, Team Sociaal Medische Advisering. Denk hierbij ook aan het meesturen van bewijsstukken.

Mijn gegevens mogen gecontroleerd worden bij andere instanties. Ik ben het eens dat mijn gegevens worden opgenomen in een gemeentelijke persoonsregistratie. Ik weet dat mijn kind, bij een toekenning, wordt aangemeld bij SISA, ([www.sisa.rotterdam.nl](http://www.sisa.rotterdam.nl)).

## Gegevens ouder 1

\* Achternaam

*Alleen met een correct ingevuld  
burgerservicenummer neemt  
de gemeente uw aanvraag in  
behandeling.*

\* Burgerservicenummer (8 of 9 cijfers)

Voorna(a)m(en)(voluit)

Man

Vrouw

Geboortedatum

Geboorteplaats

Adres

Postcode (1234AB)

Woonplaats

\* Telefoonnummer (10 cijfers)

Mobiel telefoonnummer (10 cijfers)

\* E-mailadres (*uwnaam@domein.nl*)

*Dit formulier moet ondertekend worden door de ouder(s) die gezag hebben over het kind. Zijn er meer ouders met gezag? Dan moeten zij dit formulier ook ondertekenen. Zonder deze handtekening(en) wordt de aanvraag niet in behandeling genomen.*

Gezag

Ja

Nee

Datum

Handtekening

## ■ Gegevens ouder 2

Achternaam

\* Burgerservicenummer (8 of 9 cijfers)

Voorna(a)m(en)(voluit)

Man

Vrouw

Geboortedatum

Geboorteplaats

Adres

Postcode (1234AB)

Woonplaats

Telefoonnummer (10 cijfers)

Mobiel telefoonnummer (10 cijfers)

E-mailadres (uwnaam@domein.nl)

*Dit formulier moet ondertekend worden door de ouder(s) die gezag hebben over het kind. Zijn er meer ouders met gezag? Dan moeten zij dit formulier ook ondertekenen. Zonder deze handtekening(en) wordt de aanvraag niet in behandeling genomen.*

Gezag

Ja

Nee

Datum

Handtekening

## ■ Gegevens verzorger

*Bent u de verzorger van het kind en staat het kind bij u ingeschreven? Dan graag onderstaande gegevens invullen en de overige vragen beantwoorden voor uw situatie.*

Niet van toepassing

Achternaam

\* Burgerservicenummer (8 of 9)

Voorna(a)m(en)(voluit)

Man

Vrouw

Geboortedatum

Geboorteplaats

Adres

Postcode (1234AB)      Woonplaats

Telefoonnummer (10 cijfers)

Mobiel telefoonnummer (10 cijfers)

E-mailadres (uwnaam@domein.nl)

Gezag

Ja

Nee

Relatie tot het kind

Datum

Handtekening

### ■ Gegevens partner gezaghebbende of aanvragende ouder/verzorger:

*Woont u samen met een partner  
en/of verzorger, anders dan  
hierboven vermeld? Vul dan  
verdere gegevens in.*

Achternaam

\* Burgerservicenummer (8 of 9)

Voorna(a)m(en)(voluit)

Man

Vrouw

Geboortedatum

Geboorteplaats

Adres

Postcode (1234AB)

Woonplaats

Telefoonnummer (10 cijfers)

Mobiel telefoonnummer (10 cijfers)

E-mailadres (uwnaam@domein.nl)

### ■ Gegevens kind waarvoor de aanvraag wordt ingediend

Voornaam en achternaam

Jongen

Meisje

\* Burgerservicenummer (8 of 9)

Geboortedatum

Adres

Postcode (1234AB)

Woonplaats

## ■ Gezinsamenstelling

*Met gezinsamenstelling wordt bedoeld alle personen die staan ingeschreven op het woonadres.*

## ■ Kinderopvang

Naam gewenste kinderopvanginstantie

*Een dagdeel is een halve dag, een volledige dag is twee dagdelen.*

Gewenst aantal dagdelen opvang per week?

Zit uw kind al op de peuterspeelzaal, kinderopvang of buitenschoolse opvang?

Nee

Ja, namelijk

dagdelen  
peuterspeelzaal

dagdelen kinderopvang  
of buitenschoolse opvang

## ■ Bepaling van de doelgroep

Heeft u een uitkering?

Ja Nee

Wat voor soort uitkering is dit?

Naam klantmanager *(bij een uitkering van Dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid)*.

Volgt u scholing of een re-integratietraject?

Ja Nee

Zo ja, graag bewijs bijvoegen.

Heeft u een betaalde baan? Zo ja, hoeveel uur per week?

Heeft uw partner een uitkering? Zo ja, wat voor soort uitkering is dit?

Naam klantmanager *(bij een uitkering van Dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheid)*.

Volgt uw partner scholing of een re-integratietraject? Zo ja, graag bewijs bijvoegen.

Heeft uw partner een betaalde baan? Zo ja, hoeveel uur per week?

Maakt u, uw partner of uw kind gebruik van een voorziening vanuit de Jeugdwet?

Ja Nee

Zo ja, wat is deze voorziening? *(Bewijs toevoegen)*

Maakt u, uw partner of uw kind gebruik van een voorziening vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)?

Ja Nee

Zo ja, wat is deze voorziening? *(Bewijs toevoegen)*

Ik geef toestemming om de informatie die al bekend is bij Team Sociaal Medische Advisering te gebruiken bij het beoordelen van deze aanvraag:

Ja Nee

### **Toelichting op aanvraag**

Het is belangrijk dat u of uw hulpverlener deze aanvraag aanvult met een uitgebreide beschrijving van uw situatie. Dat kan bijvoorbeeld door een brief van de specialist, een ondersteuningsplan of een begeleidend schrijven toe te voegen.

### **Hulpverlener**

Ik geef toestemming om contact op te nemen met degene die mij heeft geholpen bij het invullen van het formulier, of een andere hulpverlener.

Ja

Nee

Naam

Functie

Telefoonnummer (10 cijfers)

E-mailadres (*uwnaam@domein.nl*)

Een kopie van de beslissing mag verzonden worden naar bovenstaande persoon

Ja

Nee

### **Versturen**

Een scan/duidelijke foto van het ingevulde formulier met handtekening kunt u per email versturen naar [smimo@rotterdam.nl](mailto:smimo@rotterdam.nl) of per post verzenden naar:

Gemeente Rotterdam  
Team Sociaal Medische Advisering  
Antwoordnummer 1722  
3000 VB Rotterdam  
Telefoon: (010) 433 92 08