Let op: Er zijn twee manieren om een vergoeding aan te vragen: het VASTE AANBOD en FLEXIBELE AANVRAGEN. Lees hieronder wat voor u van toepassing is.

**VAST AANBOD**

**Het bestuur van het Achterstandsfonds ZFVD vergoedt standaard de onderstaande trainingen, mits gevolgd bij de genoemde aanbieder.**   
Na beoordeling door de coördinator van het Achterstandsfonds wordt uw aanvraag, indien voldaan is aan de voorwaarden in het reglement, zo spoedig mogelijk uitbetaald. U kunt een vergoeding aanvragen door dit aanvraagformulier in te vullen, facturen toevoegen en te sturen naar [info@asf-zfvd.nl](mailto:info@asf-zfvd.nl)..

**Trainingen vast aanbod**

1. Training ‘Effectief communiceren: mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden’ – Aanbieder: Pharos
2. Scholing ‘Geen agressie in mijn praktijk’ – Aanbieder: LHV Academie
3. Praktijkcheck laaggeletterdheid– Aanbieder: Pharos
4. Opleiding Spreekuur Huisarts (SOH)- Aanbieder: DOKh
5. Introductietraining Licht Verstandelijke Beperking - Aanbieder MEE
6. Ouderenzorg Spreekuur Ondersteuner Huisarts – Aanbieder DOKh
7. Vrouwenspreekuur Ondersteuner Huisarts – Aanbieder DOKh

**FLEXIBELE AANVRAAG**

**Staat uw aanvraag niet in het vaste aanbod? Of heeft u een andere aanbieder voor eenzelfde training?**Dien dan uw aanvraagin door dit formulier in te vullen en uiterlijk 30 september 2025 te sturen naar [info@asf-zfvd.nl](mailto:info@asf-zfvd.nl).Uw aanvraag wordt behandeld tijdens de eerstvolgende bestuursvergadering op 16 oktober 2025.

|  |  |
| --- | --- |
| **Aanvrager** | |
| Naam huisartsenpraktijk: |  |
| Titel aanvraag: |  |
| Gewenste vergoeding: | **€** |
| Aantal patiënten wonend op een erkende achterstandspostcode in uw praktijk: |  |
| Totaal aantal patiënten in uw praktijk: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Korte omschrijving van uw aanvraag** | |
| Reden/aanleiding:  Doelstellingen:    Werkwijze:    Gewenste resultaten: | |
|  | |
| Wie zijn er bij betrokken (disciplines, patiënten, organisaties/ naam en functie):  0  0  0  0  0 | |
|  | |
| **Tijdpad** (vermeld hier de looptijd van uw aanvraag c.q. start- en einddatum): |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Financiën** | |
| Geef een financiële onderbouwing/specificatie van de kosten/offerte en stuur deze mee als bijlage.  0 Bijlage: |  |
| Totale kosten (100%) | **€** |
| Gewenste ASF-vergoeding (100%): | **€** |
| Bijzonderheden: graag aankruisen om welke projectcategorie het gaat:  [ ] praktijk gebonden  [ ] praktijk overstijgend | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gegevens aanvrager** | |
| Uw naam: |  |
| Naam praktijk: |  |
| Adres huisartsenpraktijk: |  |
| Uw e-mailadres: |  |
| Telefoonnummer: |  |

**FLEXIBELE AANVRAGEN** kunnen tot en met **30 september 2025** worden ingediend. Het ingevulde formulier met offerte(s)/facturen kunt u mailen naar [info@asf-zfvd.nl](mailto:info@asf-zfvd.nl).

Vergoeding aanvragen voor het **VASTE AANBOD** kan gedurende het hele jaar. Gebruik dit aanvraagformulier en mail samen met de factuur naar info@asf-zfvd.nl