

## 34E WIJZIGING BELEIDSREGELS WET WERK EN BIJSTAND ( WWB )

### RICHTLIJN B012 – BIJZONDERE BIJSTAND VOOR LEGESKOSTEN

#### VERBLIJFSVERGUNNINGEN EN NATURALISATIE

Het college van burgemeester en wethouders,  
Gelet op artikel 35 WWB

#### Besluit

Vast te stellen de gewijzigde invulling van richtlijn B012 - Bijzondere bijstand voor legeskosten verblijfsvergunningen en naturalisatie

#### Artikel I

B012 - Bijzondere bijstand voor legeskosten verblijfsvergunningen en naturalisatie wordt als volgt ingevuld:

#### Aard van de kosten

De kosten van leges van verblijfsvergunningen en naturalisatie behoren tot de incidenteel voorkomende algemeen noodzakelijke kosten van het bestaan en moeten in beginsel uit de bijstandsnorm worden voldaan, hetzij door middel van reservering, hetzij door middel van gespreide betaling achteraf. Verlening van bijzondere bijstand voor legeskosten is niet mogelijk, tenzij de kosten voortvloeien uit bijzondere omstandigheden.

In het algemeen geldt dat de legeskosten van naturalisatie niet worden aangemerkt als uit bijzondere omstandigheden voortvloeiende kosten. Als een belanghebbende zich kan legitimeren met het verblijfsdocument waarover hij beschikt, is er geen sprake van een bijzondere omstandigheid voor het verlenen van bijzondere bijstand aangezien er geen noodzaak tot naturalisatie is (CRvB 23-08-2011, nr. 09/5008 WWB).

#### Recht op bijzondere bijstand

Voor vreemdelingen als bedoeld in artikel 11 lid 2 en 3 WWB bestaat er recht op bijzondere bijstand voor de (leges)kosten van verlenging of wijziging van een verblijfsvergunning. Deze legeskosten worden aangemerkt als bijzonder noodzakelijke kosten van het bestaan, zoals hierboven beschreven.

#### Voorwaarden

##### *Aanvrager*

De belanghebbende moet ten tijde van het opkomen van deze kosten een met een Nederlander gelijkgestelde vreemdeling zijn (artikel 11 lid 2 en 3 WWB; zie ook B3.5).

##### *Ten laste komende kinderen*

Heeft de aanvraag betrekking op kosten van een (eerste) verblijfsvergunning voor kinderen in het kader van gezinshereniging en de aanvraag is ingediend door de legaal in Nederland verblijvende ouder, dan kunnen de kosten in aanmerking komen voor bijstandsverlening. Geoordeeld kan worden dat deze kinderen ten laste komende kinderen zijn indien de legaal in Nederland verblijvende ouder voor hen kinderbijslag ontvangt.

Het territorialiteitsbeginsel staat niet in de weg aan de verlening van bijstand voor de legeskosten ter zake van de verblijfsvergunningen van de minderjarige kinderen. Het gaat hier immers niet om kosten die buiten Nederland zijn opgekomen of kosten die niet aan Nederland zijn verbonden. De kosten waarvoor de aanvrager om bijzondere bijstand heeft verzocht, vinden hun oorsprong in Nederland.

##### *Echtgeno(o)t(e)*

Met betrekking tot de legeskosten voor de echtgeno(o)t(e) in het kader van een gezinshereniging geldt dat deze als aanvra(a)g(st)er van de verblijfsvergunning verantwoordelijk is voor de betaling van de legeskosten. Zij is op het moment van het ontstaan van de kosten niet een met een Nederlander gelijkgesteld persoon en kan tot het moment van verstrekking van de reguliere verblijfsvergunning aan de WWB geen recht ontlenen en kan er dus geen bijzondere bijstand verstrekt worden voor de legeskosten ter zake van de verblijfsvergunning.

#### Vorm van de bijzondere bijstand

De vorm van de bijzondere bijstand vindt in beginsel plaats volgens de hoofdregel, om niet (artikel 48 lid 1 WWB). Verder kan de bijzondere bijstand voor deze kosten in het individuele geval worden verleend in de vorm van een lening. Dat is het geval als:

- redelijkerwijs kan worden aangenomen dat belanghebbende op korte termijn over middelen beschikt (artikel 48 lid 2 onder a WWB)
- de noodzaak tot bijstandsverlening het gevolg is van een tekortschietend besef van verantwoordelijkheid voor de voorziening in het bestaan (artikel 48 lid 2 onder b WWB). Zie bijvoorbeeld CRvB 14-07-2009, nrs. 07/6164 WWB.

Zie over bijstand in de vorm van een geldlening en borgtocht ook B9.2. Er wordt geen toepassing gegeven aan bijstand in de vorm van borgtocht, tenzij het gaat om schuldsanering.

### **Hoogte van de bijzondere bijstand**

De hoogte van de te verlenen bijzondere bijstand is gelijk aan de te maken (leges)kosten min de kosten van de aanschaf van een paspoort.

### **Draagkracht**

De draagkracht bedraagt in beginsel 100% van het in aanmerking te nemen inkomen en vermogen. Zie B7.2.2.3 (in aanmerking te nemen middelen).

#### **Artikel II**

1. inwerkingtreding:  
De regeling treedt in werking op de eerste dag na bekendmaking.
2. overgangsbepaling:  
Op aanvragen die zijn ingediend voor het moment van inwerkingtreding van deze beleidsregel en waar nog geen besluitvorming over heeft plaats gevonden wordt beslist met inachtneming van de oude beleidsregel.  
Op een bewaar- of beroepschrift gericht tegen een besluit dat is genomen voor de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt beslist met inachtneming van de oude beleidsregel.

## **RICHTLIJN B062 – MOMENT AANVRAGEN BIJZONDERE BIJSTAND**

Het college van burgemeester en wethouders,  
Gelet op artikel 35 WWB

### **Besluit**

Vast te stellen de gewijzigde invulling van richtlijn B062 – Moment aanvragen bijzondere bijstand (terugwerkende kracht)

#### **Artikel I**

B062 – Moment aanvragen bijzondere bijstand (terugwerkende kracht) wordt als volgt ingevuld:  
Artikel 44 lid 1 WWB bepaalt dat niet eerder bijstand wordt verleend dan tegen de datum waarop belanghebbende zich heeft gemeld voor de aanvraag, tenzij sprake is van bijzondere omstandigheden. Dit betekent dat het college - in beginsel - niet bevoegd is bijstand met terugwerkende kracht te verlenen. In de aard van de bijzondere omstandigheden kan het zijn dat een aanvraag indienen voordat de kosten zijn opkomen niet altijd (goed) mogelijk is. Daarnaast is het de vraag of sprake is van een aanvraag om een schuld. Is dat het geval, dan is het college in beginsel niet bevoegd om bijstand te verlenen. Aangenomen kan worden dat gemeentelijk beleid op basis waarvan met terugwerkende kracht bijzondere bijstand wordt verleend niet in strijd is met de bedoeling van de wetgever omdat artikel 35 lid 2 WWB voorziet in de mogelijkheid om een drempelbedrag toe te passen. Aanvragen om bijzondere bijstand kunnen worden ingediend tot maximaal zes maanden na het moment dat de kosten zijn gemaakt.  
*Een voorbeeld*

Belanghebbende dient op 1 mei 2014 een aanvraag in om bijzondere bijstand. De aanvraag kan betrekking hebben op kosten die zijn gemaakt (of opgekomen) vanaf 1 november 2013.

Let wel: als de noodzaak van de kosten niet meer kan worden vastgesteld hoeft het college de aanvraag niet honoreren. Verder geldt uiteraard dat de aanvraag wordt beoordeeld op de algemene voorwaarden en de vier vragen van artikel 35 WWB.

Met deze richtlijn is beoogd de belanghebbende niet tegen te werpen dat een aanvraag wordt ingediend voor kosten die al zijn gemaakt.

#### **Artikel II**

1. inwerkingtreding:  
De regeling treedt in werking op de eerste dag na bekendmaking.
2. overgangsbepaling:  
Op aanvragen die zijn ingediend voor 1 juli 2014 wordt beslist met inachtneming van de oude beleidsregel en geldt een terugwerkende kracht van 12 maanden.

Op een bewaar- of beroepschrift gericht tegen een besluit dat is genomen op een aanvraag van voor 1 juli 2014 wordt beslist met inachtneming van de oude beleidsregel en en geldt een terugwerkende kracht van 12 maanden.

### **RICHTLIJN B066 - DREMPELBEDRAG**

Het college van burgemeester en wethouders,  
Gelet op artikel 35, lid 2 WWB

#### **Besluit**

Vast te stellen de gewijzigde invulling van richtlijn B066 - Drempelbedrag

#### **Artikel I**

B066 – Drempelbedrag

Artikel 35 lid 2 WWB bepaalt de bevoegdheid om bijzondere bijstand te weigeren voor kosten welke binnen een periode van 12 maanden een administratieve drempel niet te boven gaan.

Er wordt geen drempelbedrag gehanteerd.

#### **Artikel II**

1. De regeling treedt in werking op de eerste dag na bekendmaking.
2. Met ingang van deze datum worden alle voorgaande beleidsregels, richtlijnen en werkafspraken met betrekking tot dit onderwerp, drempelbedrag, ingetrokken.

### **RICHTLIJN B069 – WAAR EN WANNEER MEDISCH ADVIES VRAGEN**

Het college van burgemeester en wethouders,  
Gelet op artikel 35 WWB

#### **Besluit**

Vast te stellen de gewijzigde invulling van richtlijn B069 - Waar en wanneer medisch advies vragen

#### **Artikel I**

Richtlijn B069 wordt als volgt ingevuld:

In een aantal gevallen zal het nodig zijn om in het kader van de bijstandsverlening een medisch advies te vragen aan een arts. Advies wordt gevraagd bij Argonaut BV.

#### **Artikel II**

1. De regeling treedt in werking op de eerste dag na bekendmaking en werkt terug tot en met 1 januari 2014.
2. Met ingang van deze datum worden alle voorgaande beleidsregels, richtlijnen en werkafspraken met betrekking tot dit onderwerp ingetrokken.

### **RICHTLIJN B074 – OVERIG BELEID INZAKE SPECIFIEKE MEDISCHE KOSTEN**

Het college van burgemeester en wethouders,  
Gelet op artikel 35 WWB

#### **Besluit**

Vast te stellen de gewijzigde invulling van richtlijn B074 - Overig beleid inzake specifieke medische kosten

#### **Artikel I**

Deze richtlijn bevat het beleid over overige medische kosten met uitzondering van:

- Brillen en contactlenzen, zie richtlijn B073
- Dieetkosten, zie richtlijn B151
- Zelfzorgmiddelen bij chronische aandoening, zie richtlijn B152
- Tandheeskundige hulp, zie richtlijn B153
- Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, zie richtlijn B154
- Fysiotherapie/oefentherapie, zie richtlijn B155

Voorliggende voorziening algemeen

De AWBZ en Zvw vergoeden in het algemeen alle noodzakelijke kosten die verband houden met medische zorg, paramedische zorg, hulpmiddelen, e.d.. Beide regelingen gelden samen in het kader van de WWB als een voorliggende voorziening. In voorkomende gevallen staat artikel 15 WWB in de weg aan bijstandsverlening.

Algemeen uitgangspunt

Voor zover het gaat om kostensoorten die niet in deze (of andere) richtlijn is opgenomen, geldt voor het recht op bijstand het volgende. Artikel 15 WWB bepaalt dat het college niet bevoegd is om bijstand te verlenen voor zover een beroep kan worden gedaan op een voorliggende voorziening die - gezien haar aard en doel - wordt geacht voor de belanghebbende toereikend en passend te zijn. Het recht op bijstand strekt zich evenmin uit tot kosten die in de voorliggende voorziening als niet noodzakelijk worden aangemerkt. Daaronder ook is inbegrepen het niet noodzakelijk achten om bepaalde vergoedingen onder de verzekerde prestaties te brengen. De verzekerde die deel neemt aan de collectieve aanvullende verzekering krijgt geen vergoeding voor de resterende kosten die niet door de collectieve aanvullende verzekering worden vergoed. Heeft iemand geen aanvullende (collectieve) verzekering, dan bestaat in zijn geheel geen recht op een vergoeding. Dit betekent in het algemeen dat het recht op bijzondere bijstand strikt juridisch wordt bepaald aan de hand van de aard van de bevoegdheid in relatie tot artikel 15 WWB.

Zeer dringende redenen

Artikel 16 WWB geeft het college de bevoegdheid om in afwijking van bijvoorbeeld artikel 15 WWB toch bijstand te verlenen als daar - gelet op alle omstandigheden - een zeer dringende reden voor is. Dat is slechts in uitzonderlijke situaties aan de orde. Vast moet staan dat sprake is van een acute noodsituatie en dat de behoeftige omstandigheden waarin de belanghebbende verkeert op geen enkele andere wijze zijn te verhelpen, zodat het verlenen van bijstand volstrekt onvermijdelijk is. Met dit artikel is niet beoogd een algemene ontsnappingsclausule te bieden ten aanzien van de toepassing van uitsluitingsgronden (TK 2002-2003, 28 870, nr. 3, p. 46-47). Zie verder B3.3.

Collectieve ziektekostenverzekering

In richtlijn B070 staat dat de gemeente Helmond een collectieve overeenkomst is aangegaan met zorgverzekeraar CZ. Als extra - in vergelijking met een individuele aanvullende ziektekostenverzekering - is in de CZ Pakketvergelijker Zorgverzekeringen een uitgebreid 'gemeentepakket' opgenomen.

Voorwaarden bijzondere bijstand

Allereerst kan de voorwaarde gelden zoals opgenomen in Richtlijn B070. Kort gezegd houdt die voorwaarde in dat belanghebbende zich aanvullend verzekerd moet hebben voor ziektekosten bij de collectieve verzekering of een met het CZ Pakketvergelijker Zorgverzekeringen toereikend vergelijkbaar pakket. Afhankelijk van de kostensoort is beleid geformuleerd over een mogelijk recht op (aanvullende) bijzondere bijstand.

Aan de bijstand verbonden verplichtingen

In het algemeen geldt dat aan de individuele bijzondere bijstand een bestedingsverplichting is verbonden. Dit betekent dat in het toekenningbesluit wordt opgenomen dat:

- de toegekende bijzondere bijstand moet worden besteed voor de betreffende kosten.
- belanghebbende daarvan betalingsbewijzen moet kunnen overleggen.

er ook specifieke verplichtingen kunnen gelden als de bijstand in de vorm van een geldlening of borgtocht wordt verleend. Zie B9.2.9 onder het kopje "Verplichtingen". Er wordt geen toepassing gegeven aan bijstand in de vorm van borgtocht, tenzij het gaat om schuldsanering.

In deze richtlijn komen de volgende kostensoorten aanbod:

- Orthopedische schoenen
- Podotherapie
- Pruik
- Steunzolen
- Ziekenvervoer
- Gehoortoestellen
- Bijkomende kosten
- Alternatieve geneeswijzen

1.1

Ortho-  
pedi-  
sche  
schoe-  
nen

Het orthopedisch schoeisel zelf wordt vergoed door de basisverzekering. Wel geldt een eigen bijdrage. Aan de eigen bijdrage voor orthopedische schoenen ligt het besparingsmotief ten grondslag. Immers, iedereen zal regelmatig schoenen moeten aanschaffen. Verzekerden die zijn aangewezen op orthopedische schoenen betalen een vergelijkbaar bedrag in de kosten van de schoenen als eigen bijdrage (zie ook CRvB 28-04-2009, nrs. 08/715 WWB e.a.). Dit betekent dat artikel 15 WWB in de weg staat aan het verlenen van bijzondere bijstand voor de eigen bijdrage van orthopedische schoenen. Alleen in geval

van zeer dringende redenen als bedoeld in artikel 16 WWB kan bijzondere bijstand worden verleend. Zie verder B3.3.

#### *Hoogte eigen bijdrage*

Artikel 2.12 Regeling zorgverzekering bepaalt de eigen bijdrage voor verzekerden tot 16 jaar op € 69,00 per paar en vanaf 16 jaar op € 137,50 per paar (bedragen gelden per 01-01-2013).

Geen toereikende vergelijkbare - of collectieve aanvullende verzekering

Heeft belanghebbende geen toereikende vergelijkbare- of collectieve aanvullende verzekering, dan bestaat er ook geen recht op bijzondere bijstand (artikel 15 WWB). Dit betekent dat geen oordeel wordt gevormd over de vraag of belanghebbende zich toereikend vergelijkbaar- of collectief aanvullend heeft verzekerd.

#### 1.2 Podotherapie

Een podotherapeut behandelt klachten die voortkomen uit afwijkend functioneren van de voeten of het looppatroon. Dit kan met het aan de voet toepassen van corrigerende of beschermende technieken, zoals schoen- en zoolcorrecties, en het adviseren over voetaandoeningen. Ook behandelen zij huid- en nagelaandoeningen en geven zij preventieve adviezen. Podotherapeuten zijn erkende paramedici.

Echter uit artikel 2.6 lid 1 Besluit zorgverzekering blijkt dat podotherapie niet behoort tot de verzekerde prestaties. Dit betekent dat artikel 15 tweede volzin WWB aan het verlenen van bijzondere bijstand voor de kosten van podotherapie in de weg staat. Is er sprake van een medisch noodzakelijke behandeling wegens ziekte of handicap, dan kan behandeling door een podotherapeut of podoloog als geneeskundige zorg worden aangemerkt en voor vergoeding in aanmerking komen op grond van de basisverzekering.

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) beoordeelt in Publicatienummer 284, volgnummer 29119025 Afdeling ZORG-ZA een standpunt over welke zorginhoudelijke onderdelen van de voetzorg voor mensen met diabetes tot de te verzekeren zorg van de Zorgverzekeringswet behoren. Bij deze onderdelen gaat het om geneeskundige zorg zoals huisartsen en medisch-specialisten die plegen te bieden en zorg die voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk. Het CVZ geeft ook aan welke onderdelen van deze voetzorg te beschouwen zijn als persoonlijke verzorging en daarmee niet tot de geneeskundige zorg en tot de te verzekeren zorg van de Zorgverzekeringswet behoren. Van de zorggerelateerde preventieve voetzorg voor mensen met diabetes vallen de volgende inhoudelijke zorgonderdelen onder de te verzekeren zorg van de Zorgverzekeringswet:

- Jaarlijkse voetcontrole, bestaande uit anamnese, onderzoek en risico- inventarisatie.
- Meer frequent gericht voetonderzoek inclusief de daaruit voortvloeiende diagnostiek en behandeling van huid- en nagelproblemen en voetvorm- en standsafwijkingen, bij patiënten met een matig verhoogd (Simm' s 1) of een hoog risico op ulcera (Simm's 2 of 3).
- Behandeling van risicofactoren bij patiënten met een matig verhoogd of een hoog risico op ulcera.
- Educatie en initiëren van aanpassing van leefstijlfactoren als onderdeel van de behandelcyclus.
- Advisering over adequaat schoeisel.

Het CVZ geeft ook aan dat verwijdering van eelt om cosmetische of verzorgende redenen en het adequaat knippen van teennagels te beschouwen zijn als persoonlijke verzorging. Deze handelingen betreffen geen geneeskundige zorg en behoren niet tot de te verzekeren zorg van de Zorgverzekeringswet. De verzekerde moet daarvoor een aanvraag indienen op grond van de AWBZ (persoonlijke verzorging). Vergoeding volgens CZ Pakketvergelijker Zorgverzekeringen

Als de basis- en de aanvullende verzekering ook afgesloten is bij CZ, dan geldt in het gemeentepakket: Voetbehandeling en advisering (op voorschrift van een arts)

- bij medische indicatie ernstige bloedvatproblemen in de benen, verleend door podotherapeut: € 115,00 per jaar
- bij medische indicatie reumatoïde artritis, verleend door medisch pedicure, pedicure met aantekening reumatische voet of podotherapeut: € 115,00 per jaar
- Voetbehandeling overige situaties (op voorschrift arts), verleend door podoloog of podotherapeut: € 115,00 per jaar

Let wel bij medische indicaties kan dus ook vergoeding mogelijk zijn op grond van de basisverzekering (geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering).

Voorwaarden bijzondere bijstand meerkosten

Allereerst geldt de voorwaarde zoals opgenomen in Richtlijn B070. Kort gezegd houdt die voorwaarde in dat belanghebbende zich aanvullend verzekerd moet hebben voor ziektekosten bij de collectieve verzekering of een met het CZ Pakketvergelijker Zorgverzekeringen toereikend vergelijkbaar pakket.

Hoogte en vorm bijzondere bijstand

Voldoet belanghebbende aan bovengenoemde voorwaarde, dan wordt bijzondere bijstand verleend ter hoogte van het verschil tussen de vergoeding door de (collectieve) aanvullende verzekering en het bedrag dat daarna voor eigen rekening blijft. De bijzondere bijstand wordt verleend volgens de hoofd-

regel, om niet (artikel 48 lid 1 WWB). Dit beleid moet als buitenwettelijk begunstigend beleid worden gekwalificeerd. Door de bestuursrechter wordt dergelijk beleid als gegeven aanvaard en moet de toetsing zich beperken tot de vraag of het beleid op consistente wijze is toegepast en niet of het beleid redelijk is in het individuele geval zoals bedoeld in artikel 4:84 Awb (zie bijvoorbeeld CRvB 13-12-2011, nrs. 09/6328 WWB e.a.).

Geen toereikende vergelijkbare- of collectieve aanvullende verzekering

Op grond van het CZ Pakketvergelijker Zorgverzekeringen komt de verzekerde eens per kalenderjaar in aanmerking voor een maximale vergoeding voor de kosten voor Podotherapie van € 115,00.

Is belanghebbende niet toereikend vergelijkbaar- of collectief aanvullend verzekerd, dan geldt het volgende. Er moet vaststaan dat de kosten voor Podotherapie nodig zijn. Dat kan blijken uit een medisch advies of een advies van de behandelend specialist.

De hoogte van bijzondere bijstand wordt afgestemd op de vergoeding die belanghebbende had kunnen verkrijgen als hij zich - volgens de voorwaarden - toereikend vergelijkbaar aanvullend had verzekerd voor ziektekosten. Dit beleid moet als buitenwettelijk begunstigend beleid worden gekwalificeerd. Door de bestuursrechter wordt dergelijk beleid als gegeven aanvaard en moet de toetsing zich beperken tot de vraag of het beleid op consistente wijze is toegepast en niet of het beleid redelijk is in het individuele geval zoals bedoeld in artikel 4:84 Awb (zie bijvoorbeeld CRvB 13-12-2011, nrs. 09/6328 WWB e.a.). Alleen in geval van zeer dringende redenen als bedoeld in artikel 16 WWB kan bijzondere bijstand worden verleend voor de vergoeding die belanghebbende is 'mislagen'. Zie verder B3.3.

### 1.3 Pruik

Een pruik is een uitwendig hulpmiddel ter volledige of gedeeltelijke vervanging van anatomische eigenschappen van onderdelen van het menselijke lichaam of bedekking daarvan (artikel 2.6 Regeling zorgverzekering). Er moet sprake zijn van gehele of gedeeltelijke kaalhoofdigheid door een medische aandoening of behandeling van medische aard (artikel 2.8 lid 1 onder a onderdeel 4° Regeling zorgverzekering). Tot een bedrag van € 393,00 worden pruiken of andere hoofdbedekking vergoed door de basisverzekering (bedrag geldt per 1 januari 2013). Voor het verschil tussen de aanschafkosten en de vergoeding betaalt de verzekerde een bijdrage.

Geen toereikende vergelijkbare- of collectieve aanvullende verzekering

Als de basis- en de aanvullende verzekering ook afgesloten is bij CZ en het CZ verleend toestemming, dan geldt in het gemeentepakket een vergoeding voor de pruik of andere hoofdbedekking van € 75,00 per jaar.

Recht op bijzondere bijstand

Er bestaat recht op bijzondere bijstand voor de resterende kosten van de pruik of andere hoofdbedekking na de vergoeding op grond van de basisverzekering en eventueel de (collectieve) aanvullende verzekering. Bij de beoordeling van een aanvraag geldt niet de voorwaarde dat belanghebbende zich aanvullend verzekerd moet hebben voor ziektekosten bij de collectieve verzekering of een met het CZ Pakketvergelijker zorgverzekering 2013 toereikend vergelijkbaar pakket.

### 1.4 Steunzolen

De vergoeding van steunzolen en podotherapeutische zooltjes (geleverd door een erkende orthopedisch schoenmaker of pro/orthesemaker) vallen niet onder de verzekerde prestaties van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dit betekent dat artikel 15 WWB in de weg staat aan het verlenen van bijzondere bijstand voor deze kosten. Alleen in geval van zeer dringende redenen als bedoeld in artikel 16 WWB kan bijzondere bijstand worden verleend, zie verder B3.3.

Vergoeding volgens CZ Pakketvergelijker Zorgverzekeringen

Als de basis- en de aanvullende verzekering ook afgesloten is bij CZ, dan geldt een vergoeding voor steunzolen en podotherapeutische zooltjes (inclusief aanmeten) van € 60,00 per jaar.

Voorwaarden bijzondere bijstand meerkosten

Allereerst geldt de voorwaarde zoals opgenomen in Richtlijn B070. Kort gezegd houdt die voorwaarde in dat belanghebbende zich aanvullend verzekerd moet hebben voor ziektekosten bij de collectieve verzekering of een met het CZ Pakketvergelijker Zorgverzekeringen toereikend vergelijkbaar pakket.

Hoogte en vorm bijzondere bijstand

Voldoet belanghebbende aan bovengenoemde voorwaarde, dan wordt bijzondere bijstand verleend voor steunzolen en podotherapeutische zooltjes ter hoogte van het verschil tussen de vergoeding door de (collectieve) aanvullende verzekering en het bedrag dat daarna voor eigen rekening blijft. De bijzondere bijstand wordt verleend volgens de hoofdregel, om niet (artikel 48 lid 1 WWB).

Geen toereikende vergelijkbare- of collectieve aanvullende verzekering

Op grond van het CZ Pakketvergelijker Zorgverzekeringen komt de verzekerde eens per kalenderjaar in aanmerking voor een maximale vergoeding van € 60,00 (1 januari 2013). Is belanghebbende niet toereikend vergelijkbaar of collectief aanvullend verzekerd, dan geldt het volgende. Er moet vaststaan dat de kosten voor steunzolen of podotherapeutische zooltjes nodig zijn. Dat kan blijken uit een medisch advies of een advies van de behandelend specialist. De hoogte van bijzondere bijstand wordt afgestemd op de vergoeding die belanghebbende had kunnen verkrijgen als hij zich - volgens de voorwaarde - toereikend vergelijkbaar - of collectief aanvullend had verzekerd voor ziektekosten. Dit beleid moet als

buitenwettelijk begunstigend beleid worden gekwalificeerd. Door de bestuursrechter wordt dergelijk beleid als gegeven aanvaard en moet de toetsing zich beperken tot de vraag of het beleid op consistente wijze is toegepast en niet of het beleid redelijk is in het individuele geval zoals bedoeld in artikel 4:84 Awb (zie bijvoorbeeld CRvB 13-12-2011, nrs. 09/6328 WWB e.a.).

Alleen in geval van zeer dringende redenen als bedoeld in artikel 16 WWB kan bijzondere bijstand worden verleend voor de vergoeding die belanghebbende is 'misgelopen'. Zie verder B3.3.

#### Draagkracht

Bepaal de draagkracht aan de hand van het in aanmerking te nemen inkomen en vermogen. Zie B7.2.2.3 (in aanmerking te nemen middelen) en B7.2.3 (draagkrachtpercentages).

#### 1.5 Ziekenvervoer

Hieronder wordt het vervoer verstaan in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de Zvw, dan wel in verband met een aanspraak op grond van de AWBZ. De verzekerde prestaties zijn geregeld in de artikelen 2.13 tot en met 2.16 Besluit zorgverzekering.

#### Voorliggende voorzieningen

Zittend ziekenvervoer (vervoer per auto anders dan per ambulance dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer) over een enkele reisafstand van maximaal 200 km is beperkt tot de groepen verzekerden die:

- nierdialyse moeten ondergaan;
- oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moeten ondergaan;
- zich uitsluitend met een rolstoel kunnen verplaatsen;
- een zodanig beperkt gezichtsvermogen hebben dat zij zich niet zonder begeleiding kunnen verplaatsen;
- niet tot bovenstaande categorieën kunnen worden gerekend, maar met succes een beroep hebben gedaan op de hardheidsclausule.

De zorgverzekeraar is overigens bevoegd om af te wijken van de gemaximeerde grens van 200 km. Behoort de verzekerde niet tot een van de hier boven genoemde groepen, dan staat artikel 15 WWB in de weg aan de verlening van bijzondere bijstand voor ziekenvervoer (zie CRvB 18-03-2008, nr. 06/5061 WWB). Alleen in geval van zeer dringende redenen als bedoeld in artikel 16 WWB kan bijzondere bijstand worden verleend voor de kosten ziekenvervoer. Zie verder B3.3.

#### Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Op grond van de Wmo kan iemand in aanmerking komen voor een vervoersvoorziening zoals een gebruikerspas voor het Collectief Vervoer (CVV). Het CVV mag ook worden gebruikt voor bijvoorbeeld het bezoek aan de specialist in het ziekenhuis. Een belangrijke voorwaarde om voor het CVV in aanmerking te komen is dat iemand het openbaar vervoer niet kan bereiken en/of gebruiken vanwege beperkingen doorgaans van medische aard. Komt iemand niet in aanmerking voor een gebruikerspas voor het CVV, dan is de Wmo uiteraard geen voorliggende, toereikende en passende voorziening.

Behoort de belanghebbende niet tot een van de groepen die in aanmerking komt voor ziekenvervoer op grond van de Zvw en/of een vervoersvoorziening op grond van de Wmo, dan staat (in beide gevallen) artikel 15 WWB in de weg aan het verlenen van bijzondere bijstand voor ziekenvervoer (zie CRvB 18-03-2008, nr. 06/5061 WWB). Alleen in geval van zeer dringende redenen als bedoeld in artikel 16 WWB kan bijzondere bijstand worden verleend voor de kosten ziekenvervoer. Zie verder B3.3.

#### Recht op bijzondere bijstand

1. Bij zittend ziekenvervoer zijn de verzekerden een eigen bijdrage verschuldigd van ten hoogste € 95,00 per kalenderjaar op grond van artikel 2.38 Regeling zorgverzekering (bedrag geldt per 01-01-2013).

Op grond van de CZ Pakketvergelijker Zorgverzekeringen bestaat geen recht op een vergoeding van de eigen bijdrage voor ziekenvervoer. Mogelijk dat andere aanvullende verzekeringen wel een vergoeding verlenen voor deze kosten. In die gevallen geldt de aanvullende verzekering als voorliggende voorziening.

2. Voor de kosten van vervoer naar ziekenhuis of specialist (voor behandeling of controle) kan bijzondere bijstand worden verleend indien:
  - De behandeling medisch noodzakelijk is, en;
  - De behandeling wordt vergoed door de ziektekostenverzekeraar, en;
  - Verzekerde niet in aanmerking komt voor ziekenvervoer via de ziektekostenverzekering, en;
  - De reisafstand, naar de dichtstbijzijnde poli van het ziekenhuis waarin de behandeling plaats vindt, minimaal 10 kilometer enkele reis bedraagt.

Onderzocht dient te worden op welke vorm van vervoer aanvrager is aangewezen. Uitgangspunt is dat vervoer plaats vindt op de **goedkoopst adequate wijze**. De kosten dienen te worden aangetoond (bijv afsprakenkaart ziekenhuis in combinatie met vervoersbewijs). Indien vervoer per auto is aangewezen

wordt € 0,19 per kilometer vergoed. Het aantal kilometers wordt bepaald aan de hand van de site [www.routenet.nl](http://www.routenet.nl), gekozen dient te worden voor de kortste route.

Het college beoordeelt het recht op bijzondere bijstand voor de eigen bijdrage en het ziekenvervoer op grond van de wettelijke voorwaarden van artikel 35 WWB.

1. Doen zich kosten voor? Het spreekt voor zich dat er sprake moet zijn van aantoonbare (te maken) kosten waarvoor belanghebbende tijdig een aanvraag moet indienen (zie B7.1.3).
2. Zijn de kosten in het individuele geval noodzakelijk? Op grond van het feit dat een verzekerde in aanmerking komt voor ziekenvervoer op grond van het Besluit zorgverzekering, is afdoende om de noodzaak voor de kosten van de eigen bijdrage aan te nemen (vergelijk CRvB 31-10-2006, nr. 06/3262 WWB).
3. Vloeien de kosten voort uit bijzondere individuele omstandigheden? Op grond van het feit dat een verzekerde in aanmerking komt voor ziekenvervoer op grond van het Besluit zorgverzekering, is afdoende om aan te nemen dat de eigen bijdrage uit bijzondere omstandigheden voortvloeiende noodzakelijke kosten zijn (vergelijk wederom CRvB 31-10-2006, nr. 06/3262 WWB).
4. Kunnen de kosten naar oordeel van het college worden voldaan uit de bijstandsnorm, de langdurigheidstoelage, het vermogen en het inkomen voor zover dit meer bedraagt dan de bijstandsnorm?
  - a. Het college heeft beperkte beoordelingvrijheid bij de vraag of de kosten waarvoor bijzondere bijstand wordt aangevraagd kunnen worden bekostigd uit een inkomen ter hoogte van de toepasselijke bijstandsnorm (CRvB 31-08-2010, nr. 09/1069 WWB en CRvB 15-09-2009, nr. 07/6946 WWB).
  - b. Het college heeft beleidsvrijheid bij het vaststellen van draagkrachtregels.

#### Draagkracht

Bepaal de draagkracht aan de hand van het in aanmerking te nemen inkomen en vermogen. Zie B7.2.2.3 (in aanmerking te nemen middelen) en B7.2.3 (draagkrachtpercentages).

#### 1.6 Gehoortoestellen

De kosten van een gehoorstoestel komen (gedeeltelijk) in aanmerking voor vergoeding op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw), Besluit zorgverzekering en Regeling zorgverzekering. De verzekerde betaalt zelf - afhankelijk van het soort hoortoestel - een bijdrage in de kosten van het hoortoestel. De Zvw moet worden beschouwd als aan de bijstandsverlening in de weg staande voorliggende voorziening als bedoeld in artikel 15 WWB. Dat de zorgverzekering geen volledige dekking voor deze kosten biedt en slechts een deel van de kosten vergoedt, doet hieraan niet af (CRvB 25-01-2012, nr. 11/2933 WWB). Artikel 2.14 Regeling zorgverzekering bepaalt dat de volgende gehoorhulpmiddelen worden vergoed:

1. Hulpmiddelen als bedoeld in artikel 2.6, onderdeel g, omvatten:
  - a. electro-akoestische hoortoestellen voor persoonlijk gebruik, in gewone dan wel bijzondere uitvoering, bestemd om op of aan het menselijk lichaam te worden gebezigd ter verbetering van een gestoord gehoor, alsmede gehoorlepels of gehoorslangen die het geluid via mechanische weg versterken en de verschaffing en vervanging van oorstukjes, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 4, van deze regeling;
  - b. ringleidingen, bestaande uit een snoer en versterker met zonodig een tafelmicrofoon dan wel infraroodapparatuur of FM-apparatuur voor geluidsoverdracht, bestaande uit een ontvanger en een zender, al dan niet met inductiespoel of hoofdtelefoon, of in kinbeugel-uitvoering, met zonodig een tafelmicrofoon, indien voldaan is aan een van de zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 5, van deze regeling;
  - c. een maskeerder ter behandeling van ernstig oorsuizen alsmede verschaffing en vervanging van oorstukjes.
2. Als een bijzondere uitvoering van een elektro-akoestisch hoortoestel als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, wordt beschouwd:
  - a. een cros-uitvoering;
  - b. een bicros-uitvoering;
  - c. een beengeleider-uitvoering;
  - d. een uitvoering met één ingebouwde microfoon en twee aansluitingen;
  - e. een uitvoering met één uitwendige microfoon en één aansluiting;
  - f. een uitvoering met één ingebouwde microfoon, één uitwendige microfoon en één aansluiting.
3. Indien de aanschaffingskosten van een hoortoestel als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, hoger zijn dan € 509,50 en een toestel voor de eerste keer wordt verstrekt, dan wel korter dan zes jaar geleden aan de verzekerde is verstrekt, betaalt de verzekerde van zestien jaren of ouder een bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dit bedrag.



4. Indien de aanschaffingskosten van een hoortoestel als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, hoger zijn dan € 600,50 en een toestel langer dan zes, maar korter dan zeven jaren geleden aan de verzekerde is verstrekt, betaalt de verzekerde van zestien jaren of ouder een bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dit bedrag.
5. Indien de aanschaffingskosten van een hoortoestel als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, hoger zijn dan € 691,00 en een toestel zeven jaren of langer geleden aan de verzekerde is verstrekt, betaalt de verzekerde een bijdrage ter grootte van het verschil tussen de aanschaffingskosten en dit bedrag. Voor een verzekerde van jonger dan zestien jaren geldt de gebruiksduur van zeven jaren of langer geleden niet.
6. Indien sprake is van een hoortoestel in cros-, bicos- of beengeleideruitvoering, opgenomen in een brilmontuur, wordt het bedrag, genoemd in het derde, vierde en vijfde lid, vermeerderd met € 66,00.

Zorginhoudelijke criteria (bijlage 3 onderdeel 4 Regeling zorgverzekering)

- a. voor één hoortoestel, dat het drempelverlies van het audiogram van het beste oor ten minste 35 dB (verkregen door het gehoorverlies bij frequenties van 1000, 2000 en 4000 Hz te middelen) bedraagt en dat het verstaan van spraak, in stilte aangeboden, met normale sterkte (55 dB) door toepassing van het hoortoestel ten minste 20% toeneemt.
- b. voor twee hoortoestellen, dat de winst van spraakverstaanbaarheid ten minste 10% bedraagt ten opzichte van de aanpassing met één hoortoestel, dan wel het richtinghoren hersteld wordt tot een hoek van 45 graden;
- c. bijzondere individuele zorgvragen.

Vergoeding volgens CZ Pakketvergelijker zorgverzekering 2012

Als de basis- en de aanvullende verzekering ook afgesloten is bij CZ, dan geldt een (gedeeltelijke) vergoeding van de bijdrage van € 300,00 per hoortoestel.

Geen recht op bijzondere bijstand

Het is mogelijk dat de kosten van het gekozen hoortoestel hoger zijn dan de maximale vergoeding die op basis van de Regeling zorgverzekering en de (collectieve) aanvullende verzekering mogelijk is. Voor het resterende bedrag (de bijdrage) kan geen bijzondere bijstand worden verstrekt. De Zvw wordt beschouwd als een toereikende en passende voorliggende voorziening in de zin van artikel 15 WWB (zie CRvB 25-01-2012, nr. 11/2933 WWB). Alleen in geval van zeer dringende redenen als bedoeld in artikel 16 WWB kan bijzondere bijstand worden verleend voor bijdrage die belanghebbende zelf moet betalen. Zie verder B3.3.

### 1.7 Bijkomende kosten

Bijkomende kosten die rechtstreeks verband houden met een verstrekking op grond van AWBZ en Zvw, maar die zelf niet door deze verzekeringen worden vergoed, komen in aanmerking voor bijstandsverlening. Als op grond van AWBZ of Zvw aanspraak op een verstrekking bestaat, dan wordt in beginsel de noodzaak van de bijkomende kosten aangenomen. Voorbeelden van dergelijke kosten zijn:

- batterijen voor een medisch noodzakelijk hoortoestel;
- kledingkosten vanwege extra slijtage in verband met prothese;
- extra waskosten vanwege bijvoorbeeld medisch noodzakelijk gebruik van zalf.

Zie ook richtlijn B096 (Bewassing en kledingslijtage).

### 1.8 Alternatieve geneeswijzen

Kosten voor alternatieve geneeswijzen en homeopathische geneeswijzen.

Artikel 2.1 lid 2 Besluit zorgverzekering bepaalt dat de inhoud en omvang van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. De zogeheten verzekerde prestaties zijn neergelegd in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 van het Besluit zorgverzekering en soms nader uitgewerkt in de Regeling zorgverzekering. De verzekerde zorg op grond van de AWBZ is neergelegd in artikel 2 Besluit zorgaanpakken.

Daaruit blijkt dat de kosten van alternatieve en homeopathische geneeswijzen niet behoren tot de zorg of diensten van de wettelijke verzekeringen. Daarmee spreekt de voorliggende voorziening zich (impliciet) uit over het niet noodzakelijk zijn van dergelijke kosten. Dit betekent dat artikel 15 tweede volzin WWB in de weg staat aan bijstandsverlening voor deze kosten. Op basis van een aanvullende verzekering wordt soms wel een deel van de kosten vergoed. Dit betekent echter niet dat de kosten die voor eigen rekening blijven voor bijstandsverlening in aanmerking komen. Aanvullende verzekeringen vergoeden vaak (gedeeltelijk) kosten die op grond van de wettelijke verzekeringen niet noodzakelijk worden bevonden.

Voorbeelden van alternatieve geneeswijzen zijn:

- homeopathie (zie CRvB 15-04-2003, nrs. 00/4276 NABW e.a.);
- acupunctuur;

- behandeling door osteopaat (zie CRvB 03-07-2001, nr. 01/355 NABW)
- behandeling van tandheelkundige stoornissen (zie CRvB 15-05-2001, nr. 99/5104 NABW);
- chiropractische hulp (zie CRvB 03-07-2001, nrs. 00/1989 en 00/1993 NABW);
- manuele therapie (zie CRvB 28-10-2008, nr. 07/4514 WWB);
- orthomoleculaire therapie (zie CRvB 03-07-2001, nrs. 99/1352 e.a. NABW en CRvB 03-07-2001, nrs. 00/1989 en 00/1993 NABW).

Vergoeding volgens CZ Pakketvergelijker Zorgverzekeringen

Als de basis- en de aanvullende verzekering ook afgesloten is bij CZ, dan geldt een gemaximeerde vergoeding van € 200,00 per jaar (bedrag per 01-01-2013).

- alternatieve geneeswijzen: € 40,00 per dag (let wel gemaximeerde jaarlijkse vergoeding)
- alternatieve geneesmiddelen (geregistreerd als homeopathisch of antroposofisch geneesmiddel): 100% (let wel gemaximeerde jaarlijkse vergoeding)

Geen recht op bijzondere bijstand

Is de maximale vergoeding volgens de collectieve verzekering bereikt, dan is er geen bijzondere bijstand mogelijk, tenzij sprake is van zeer dringende redenen als bedoeld in artikel 16 WWB. Zie verder B3.3.

## Artikel II

De regeling treedt in werking op de eerste dag na bekendmaking en werkt terug tot en met 1 januari 2014.

## RICHTLIJN B087 – COMMUNICATIE EN SIGNALERING

Het college van burgemeester en wethouders,  
Gelet op artikel 35 WWB

### Besluit

Vast te stellen de gewijzigde invulling van richtlijn B087 - Communicatie en signalering

#### Artikel I

##### Alarmering

*Recht op bijstand*

De kosten van het abonnement en de installatie van de alarmering via de LEV-groep, dan wel een andere alarmering van een zorginstelling, komen volledig in aanmerking voor bijzondere bijstand. De exacte kosten zijn afhankelijk van het alarmeringstoestel.

*Voorliggende voorziening telefoon*

Op grond van artikel 2.26 Regeling zorgverzekering kan de verzekerde in aanmerking komen voor telefoon en een telefooneerhulpmiddel zoals telefoonhouders en nummerkieshulpmiddelen.

*Recht op bijstand*

De kosten van aansluiting én abonnement zijn algemeen voorkomende kosten die voldaan moeten worden uit de algemene bijstand. Het is niet waarschijnlijk dat er uit bijzondere omstandigheden voortvloeiende noodzakelijke kosten zullen zijn. Ingeval iemand verhuist naar een AWBZ-instelling en nog niet over een vaste telefoonaansluiting kan beschikken, mag worden verwacht dat een mobiel prepaid toestel wordt aangeschaft.

#### Artikel II

1. De invulling van deze gewijzigde richtlijn treedt in werking op de eerste dag na bekendmaking.
2. Met ingang van deze datum worden alle voorgaande beleidsregels, richtlijnen en werkafspraken met betrekking tot dit onderwerp ingetrokken.

## RICHTLIJN B091 – REISKOSTEN BEZOEK ZIEKE FAMILIELEDEN

Het college van burgemeester en wethouders,  
Gelet op artikel 35 WWB

### Besluit

Vast te stellen de gewijzigde invulling van richtlijn B091 - Reiskosten bezoek zieke familieleden

#### Artikel I

Richtlijn B091 - Reiskosten bezoek zieke familieleden wordt als volgt ingevuld:

Omschrijving van de kosten

Het betreft de kosten die gemaakt worden om het traject van thuis naar het verblijfadres van het gezinslid of 1ste graadbloedverwant af te leggen. Meestal zal dat een ziekenhuis, verpleeginrichting of gezinsvervangend tehuis zijn (AWBZ-instelling).

Voorliggende voorzieningen

Er is geen voorliggende voorziening voor deze kosten. Het medisch vervoer op grond van de Zorgverzekeringswet heeft alleen betrekking op medisch noodzakelijke reiskosten van belanghebbende zelf.

Recht op bijzondere bijstand

1. Doen zich kosten voor?  
Het spreekt voor zich dat er sprake moet zijn van aantoonbare (te maken) kosten waarvoor belanghebbende tijdig een aanvraag moet indienen (zie B7.1.3).
2. Zijn de kosten in het individuele geval noodzakelijk?  
In het algemeen geldt dat de reiskosten in verband met het verblijf van een gezinslid of een 1ste graad bloedverwant in een AWBZ-instelling als noodzakelijke kosten worden aangemerkt.
3. Vloeien de kosten voort uit bijzondere individuele omstandigheden?  
In het algemeen geldt dat de reiskosten in verband met het verblijf van een gezinslid of een 1ste graad bloedverwant in een AWBZ-instelling voortvloeien uit bijzondere omstandigheden.
4. Kunnen de kosten naar oordeel van het college worden voldaan uit de bijstandsnorm, de langdurigheidstoelage, het vermogen en het inkomen voor zover dit meer bedraagt dan de bijstandsnorm?
  - a. Het college heeft beperkte beoordelingsvrijheid bij de vraag of de kosten waarvoor bijzondere bijstand wordt aangevraagd kunnen worden bekostigd uit een inkomen ter hoogte van de toepasselijke bijstandsnorm (CRvB 31-08-2010, nr. 09/1069 WWB en CRvB 15-09-2009, nr. 07/6946 WWB).
  - b. Het college heeft beleidsvrijheid bij het vaststellen van draagkrachtregels.

Bekostigd uit een inkomen ter hoogte van de toepasselijke bijstandsnorm

Het college heeft een beperkte beoordelingsvrijheid om te beoordelen dat de reiskosten kunnen worden bekostigd uit een inkomen ter hoogte van de toepasselijke bijstandsnorm. Bij de kosten als bedoeld in deze richtlijn kan daarvan sprake zijn. Dit wordt beoordeeld aan de hand van de individuele omstandigheden. Denk bijvoorbeeld aan de frequentie van het gewenste bezoek (eens per maand), de duur van de opname en het oordeel over de vraag of belanghebbende verplichte aflossingen heeft of er beslag ligt op het inkomen.

Hoogte en vorm bijzondere bijstand

Vergoeding middels bijzondere bijstand vindt plaats als de reisafstand voor het traject van thuis naar het verblijfadres van het gezinslid of 1ste graadbloedverwant meer bedraagt dan 10 kilometer enkele reis. Op dat moment komen de totale reiskosten voor vergoeding in aanmerking. Geacht wordt dat het Openbaar Vervoer 2de klas de goedkoopste adequate voorziening is. Het reizen per auto kan goedkoper zijn dan het Openbaar Vervoer. In voorkomende gevallen geldt een vergoeding van € 0,19 per kilometer. De hoogte van de bijzondere bijstand wordt verder vastgesteld voor drie bezoeken per week voor één persoon. De bijzondere bijstand mag echter ook naar keuze worden besteed voor drie bezoeken per twee weken door twee personen. Let wel er kunnen bijzondere omstandigheden zijn waardoor kan worden afgeweken van deze beleidsregel. Denk bijvoorbeeld aan een terminaal ziek kind waar de ouders op bezoek willen. De bijzondere bijstand wordt verleend volgens de hoofdregel, om niet (artikel 48 lid 1 WWB).

Drempelbedrag

De gemeente Helmond kent geen drempelbedrag.

Draagkracht

Bepaal de draagkracht aan de hand van het in aanmerking te nemen inkomen en vermogen.

#### **Artikel II**

1. De regeling treedt in werking op de eerste dag na bekendmaking.
2. Met ingang van deze datum worden alle voorgaande beleidsregels, richtlijnen en werkafspraken met betrekking tot dit onderwerp, reiskosten bezoek zieke familieleden, ingetrokken.

Besloten in de vergadering van 18 februari 2014.

Burgemeester en wethouders van Helmond,

De burgemeester,

Mevr. P.J.G.M. Blanksma – van den Heuvel

De secretaris,

Dhr. A.A.M. Marneffe RA

**Bekend gemaakt op:**

28 februari 2014

De gemeentesecretaris,

Dhr. A.A.M. Marneffe RA