



STICHTING
Wenckebachfonds

Antwoordnummer 757, 1940 VE Beverwijk
Dudokhuis 2H.14
Tel: 0251-491387
wenckebachfonds@tatasteelurope.com
www.wenckebachfonds.nl

Richtlijnen Stichting Wenckebachfonds 2021

Versie 1.0

INHOUDSOPGAVE

| | |
|---|---|
| 1 ALGEMENE BEPALINGEN..... | 5 |
| 1.1 Deelnemer..... | 5 |
| 1.2 Voor wie | 5 |
| 1.2.1 Gerechtigden voor een aanvraag..... | 5 |
| 1.2.2 Plaatsbepaling | 5 |
| 1.3 Premie..... | 5 |
| 1.4 Bijstand | 5 |
| 1.4.1 Verlening van bijstand..... | 5 |
| 1.4.2 Verzekeringsplicht | 6 |
| 1.5 Vergoeding..... | 6 |
| 1.5.1 Richtlijnen voor de vergoedingen | 6 |
| 1.5.2 Vergoeding op basis medische grond | 6 |
| 1.5.3 Maximale vergoeding..... | 6 |
| 1.5.4 Erkende leveranciers | 6 |
| 1.5.5. Uitbetaling van de vergoeding..... | 6 |
| 1.5.6 Drempel voor vergoeding..... | 7 |
| 1.5.7 Vergoeding bij financiële hulpvraag | 7 |
| 1.5.8 Ten onrechte verkregen vergoedingen | 7 |
| 1.5.9 Minimale vergoeding..... | 7 |
| 1.5.10 Bruto inkomen..... | 7 |
| 1.6 Aanvraag..... | 7 |
| 1.6.1 Aanvraag samenstellen | 7 |
| 1.6.2 Eigen inzet om situatie te verbeteren | 7 |
| 1.6.3 Aanvraagformulier | 8 |
| 1.6.4 Tijdige indiening van de aanvraag..... | 8 |
| 1.6.5 Beoordeling van de aanvraag | 8 |
| 1.6.6 Beslissing en beroepsmogelijkheid | 8 |
| 2 VERGOEDINGEN | 9 |
| 2.1 Verzuim | 9 |
| 2.1.1 Zorgverlof | 9 |
| 2.1.2 Bovenwettelijk zorgverlof | 9 |
| 2.1.3 Vergoeding vakantiedagen | 9 |

| | |
|---|----|
| 2.1.4 Kraamdagen | 9 |
| 2.2. Medische behandelingen..... | 9 |
| 2.2.1 Gezinsverzorging en gezinshulp | 9 |
| 2.2.2 Medisch en/of psychotherapeutisch onderzoek en behandeling | 10 |
| 2.2.3 Kuurreizen | 10 |
| 2.2.4 Behandeling door tandarts | 10 |
| 2.3 Prothesen | 11 |
| 2.3.1 Prothesen en andere voorzieningen | 11 |
| 2.3.2 Gehoorapparaten..... | 11 |
| 2.3.3 Pruiken | 11 |
| 2.3.4 Haartransplantatie | 12 |
| 2.3.5 Steunzolen..... | 12 |
| 2.3.6 Prothese BH/Badpak | 12 |
| 2.3.7 Brillenglazen of lenzen..... | 12 |
| 2.4 Hulpmiddelen | 13 |
| 2.4.1 Aanpassing auto in verband met invalidenvervoer | 13 |
| 2.4.2 Fiets met (elektrisch) ondersteunende hulpmotor | 13 |
| 2.4.3 Scootmobiel..... | 13 |
| 2.4.4 Sta op relaxfauteuil | 13 |
| 2.4.5 Hoog/laagbed | 13 |
| 2.4.6 Rolator en krukken..... | 13 |
| 2.4.7 Hometrainer | 13 |
| 2.5 Sociaal | 14 |
| 2.5.1 Regeling bij langdurige ziekte | 14 |
| 2.5.2 Jaarlijkse vakantiebijdrage | 14 |
| 2.5.4 Verhuizing om medische en/of bijzondere sociale redenen..... | 14 |
| 2.5.5 Begrafeniskosten van een levenloos geboren of overleden pasgeboren baby | 14 |
| 2.5.6 Overlijden van actieve deelnemer | 14 |
| 2.5.7 Kinderopvang | 14 |
| 2.6 Reis- en parkeerkosten..... | 15 |
| 2.6.1 Reiskosten voor dagbehandeling | 15 |
| 2.6.2 Reiskosten voor bezoek bij langdurig verblijf | 15 |
| 2.6.3 Reizen naar het buitenland | 16 |
| 2.6.4 Parkeerkosten..... | 17 |

| | |
|---|----|
| 2.7 Verblijfskosten | 17 |
| 2.7.1 Ronald McDonald Huis | 17 |
| 2.7.2 Verblijf in instelling of pleeggezin | 17 |
| 2.8 Financieel | 17 |
| 2.8.1 Financiële moeilijkheden en buitengewone lasten | 17 |
| 2.8.2 Kortlopende lening van maximaal € 450,- | 18 |
| 2.8.3 Lening bij ernstige ziekte familieleden in het buitenland | 18 |
| 2.9 Overig | 18 |
| 2.9.1 Overige vormen van bijstand en inlichtingen | 18 |

Hiermee komen alle voorgaande publicaties te vervallen. Aan de gepubliceerde richtlijnen kunnen geen rechten worden ontleend.

1 ALGEMENE BEPALINGEN

1.1 Deelnemer

Deelnemers van het Wenckebachfonds zijn:

- werknemers met een dienstverband bij één van de ondernemingen behorend tot de Sociale Eenheid IJmuiden,
- gepensioneerden die aansluitend op hun voorgenoemd dienstverband met (pre)pensioen gegaan zijn,
- oud-medewerkers die vanuit voorgenoemde dienstverband in de WIA terecht gekomen zijn of via het Sociaal Plan waarin in beide gevallen het recht op het Wenckebachfonds vermeld is en de premie op voorhand betaald is.

De weduwe of weduwnaar van een deelnemer wordt gelijkgesteld met een deelnemer.

1.2 Voor wie

1.2.1 Gerechtigden voor een aanvraag

Een deelnemer kan een aanvraag tot bijstand indienen voor:

- zichzelf,
- zijn of haar partner (getrouwd, samenlevingscontract of duurzaam samenwonend),
- minderjarige kinderen van de deelnemer en/of partner,
- meerderjarige kinderen van de deelnemer en/of partner als deze kinderen:
 - studeren en niet ouder zijn dan 27 jaar,
 - beschikkingsonbevoegd zijn,
 - thuis wonen en financieel afhankelijk zijn.

1.2.2 Plaatsbepaling

De bijstand geldt met betrekking tot in Nederland woonachtige personen. Voorts wordt de bijstand verleend aan personen met dienstverband bij één van de ondernemingen behorend tot de Sociale Eenheid IJmuiden die in opdracht van de Onderneming (tijdelijk) woonachtig zijn in het buitenland.

1.3 Premie

Alle werknemers dragen een percentage van het salaris af aan het fonds. De werkgever draagt per medewerker hetzelfde bedrag bij.

1.4 Bijstand

1.4.1 Verlening van bijstand

Bijstand wordt slechts verleend in verband met kosten die gemaakt zijn ten gevolge van ernstige ziekten of ongevallen (en omstandigheden die daaruit voortvloeien) en overige bijzondere situaties waar hulp noodzakelijk is, onder voorwaarde dat:

- daarin redelijkerwijs niet reeds op een andere manier is voorzien,
- de deelnemer zelf naar een oplossing heeft gezocht en blijft zoeken,
- er een (medische) indicatie of (medische) verwijzing is.

1.4.2 Verzekeringsplicht

De deelnemer dient zich op behoorlijke wijze te hebben verzekerd (bijvoorbeeld voor ziektekosten, reisverzekering, etc.) en ook anderszins een redelijke mate van eigen risico te dragen. Voor ziektekosten is de collectieve verzekering van Zilveren Kruis basispakket met het 2 sterren aanvullend pakket de referentie.

1.5 Vergoeding

1.5.1 Richtlijnen voor de vergoedingen

De vergoedingen zijn opgenomen in de Richtlijnen van het Wenckebachfonds en zijn te vinden op de website van het fonds (www.wenckebachfonds.nl) of zijn op te vragen bij de administratie. De richtlijnen worden door de Raad van Beheer periodiek (minimaal 1 keer per 2 jaar) getoetst en zo nodig aangepast. De Regelingen van het Wenckebachfonds zijn in lijn met de CAO Tata Steel.

1.5.2 Vergoeding op basis medische grond

Als de zorgverzekeraar geen vergoeding verstrekt voor medische bijstand dan is vergoeding alleen mogelijk als duidelijk kan worden aangetoond dat de aanvraag een medische achtergrond heeft. Een schriftelijke afwijzing van de zorgverzekeraar is noodzakelijk.

1.5.3 Maximale vergoeding

De bijdrage is nooit hoger dan 80% van de totale kosten. Op deze bijdrage worden de vergoedingen in mindering gebracht van (aanvullende) ziektekostenverzekeringen, overheid en andere uitkerende instanties en eventuele drempels.

1.5.4 Erkende leveranciers

De maximale vergoeding van 80% van de totale kosten is van toepassing voor erkende leveranciers. Voor niet erkende leveranciers is de maximale vergoeding 50% van de kosten.

1.5.5. Uitbetaling van de vergoeding

Vergoeding zal plaatsvinden na het indienen van:

- de nota's (of een ander bewijs van betaling), en/of
- de specificatie van de vergoeding(en) van de ziektekostenverzekeraar, en/of
- de specificatie van de vergoeding(en) van andere uitkerende instanties.

1.5.6 Drempel voor vergoeding

Voor de kosten van onderstaande categorieën behandelingen en geneesmiddelen geldt een drempel per kalenderjaar en per categorie. Vergoeding is pas mogelijk indien de kosten in de betreffende categorie boven de drempel uitkomen. Een aanvraag voor vergoeding kan ook dan pas worden ingediend.

| Behandeling / geneesmiddel | drempel/jaar |
|--|--------------|
| Alternatieve geneeswijze, behandeling | € 250,- |
| Alternatieve geneeswijze, geneesmiddelen | € 250,- |
| Fysiotherapie (incl. Mensendieck) | € 250,- |
| Brillenglazen- /lenzen | € 100,- |

1.5.7 Vergoeding bij financiële hulpvraag

Bij hulpvragen in verband met financiële moeilijkheden wordt uitgegaan van het gezinsinkomen. Hieronder wordt verstaan het gezamenlijke inkomen van de partners alsmede een redelijk te achten bijdrage in de gezinsuitgaven van inwonende kinderen met een eigen inkomen (norm NIBUD).

1.5.8 Ten onrechte verkregen vergoedingen

Ten onrechte genoten vergoedingen kunnen worden teruggevorderd.

1.5.9 Minimale vergoeding

Indien de vergoeding kleiner is of lijkt te worden dan € 20,- dan vindt er geen uitbetaling plaats.

1.5.10 Inkomen

Onder het inkomen van de deelnemer wordt verstaan het op het tijdstip van de aanvraag per jaar van de Onderneming te ontvangen:

- salaris + ploegentoeslag + BO-toeslag + OT- en/of daarvoor in de plaats komende garantie - of overbruggings-uitkering of inkomens vervangende uitkering;
- pensioen/prepensioen/individueel pensioen + AOW/ANW, ofwel de wettelijke uitkeringen op grond van, alsmede de aanvullingen uit Sociale Plannen;
- uitkering op grond van de WAO/WIA en/of NWW alsmede een uitkering krachtens de Aanvullingsregeling.

1.6 Aanvraag

1.6.1 Aanvraag samenstellen

Voor aanvragen om bijstand kan men zich wenden tot de Administratie Wenckebachfonds. Het Wenckebachfonds kan bedrijfsmaatschappelijk werk verzoeken om de aanvrager te helpen bij het samenstellen van deze aanvraag.

1.6.2 Eigen inzet om situatie te verbeteren

Van de deelnemer wordt verwacht dat hij of zij ook zelf het nodige doet om de ontstane situatie te verbeteren. Daar waar ondersteuning uit de reguliere kanalen mogelijk is zal eerst hier een beroep op gedaan moeten worden.

1.6.3 Aanvraagformulier

De hulp moet tijdig worden aangevraagd. Alleen wanneer alle gevraagde gegevens en benodigdheden compleet zijn kan er hulp worden verleend. Een vergoeding kan aangevraagd worden via een aanvraagformulier. Het aanvraagformulier is te vinden op de website of anders op te vragen bij de administratie.

1.6.4 Tijdige indiening van de aanvraag

Een aanvraag voor vergoeding dient uiterlijk 6 maanden na de beëindiging van behandelingen bij de Administratie Wenckebachfonds aanwezig te zijn. Bij een latere aanvraag vindt geen vergoeding plaats. Vergoeding vindt plaats over de periode van maximaal 12 maanden voorafgaande aan de eindiging van de behandeling. Voor behandelingen langer dan 12 maanden zal er elk jaar een nieuwe aanvraag ingediend moeten worden.

1.6.5 Beoordeling van de aanvraag

De aanvraag wordt beoordeeld aan de hand van de richtlijnen. De verwerking van de aanvraag wordt afgehandeld door de administratie van het fonds. Het Wenckebachfonds kan het maatschappelijk werk inschakelen om een situatiebeschrijving te maken wanneer de omstandigheden dit vereisen.

1.6.6 Beslissing en beroepsmogelijkheid

Beslissingen worden schriftelijk medegedeeld. De deelnemer kan slechts schriftelijk tegen de beslissing in beroep gaan bij de Raad van Beheer. De beslissing van de Raad van Beheer op het beroep is bindend.

2 VERGOEDINGEN

2.1 Verzuim

2.1.1 Zorgverlof

Bij noodzakelijk verzuim wegens onverwachte ziekte, ernstig ongeval of onverwachte ziekenhuisopname van gezinsleden moet eerst gebruik worden gemaakt van zorgverlof (maximaal 10 dagen) volgens de Wet Arbeid en Zorg. Zorgverlof wordt aangevraagd bij en toegekend door de (bedrijfs) chef.

2.1.2 Bovenwettelijk zorgverlof

Indien geen zorgverlof (meer) mogelijk is, kan door het Wenckebachfonds van het aantal opgenomen VK-dagen 70 % vergoed worden tot maximaal 20 dagen per jaar.

2.1.3 Vergoeding vakantiedagen

Voor gederfd vakantiegenot kan een vergoeding worden verstrekt, mits een medische verklaring wordt overlegd waaruit blijkt dat ziekenhuisopname en/of begeleiding en verzorging van een gezinslid noodzakelijk was.

2.1.4 Kraamdagen

Verzuim tijdens de kraamdagen van de echtgenote wordt niet vergoed.

2.2. Medische behandelingen

2.2.1 Gezinsverzorging en gezinshulp

Indien gezinsverzorging of gezinshulp noodzakelijk is, en er is:

- een CIZ indicatie in het kader van de Wet Langdurige Zorg (WLZ), of
- een verklaring van de gemeente in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO),

dan wordt er een vergoeding verleend conform onderstaande tabel.

Werkende

| WLZ | max 5 jaar | max € |
|---------------------|------------|-----------|
| Lage eigen bijdrage | 80% | € 2.500,- |
| Hoge eigen bijdrage | 50% | € 2.500,- |

| WMO | max 5 jaar | max € |
|----------------------|------------|-----------|
| Maatwerkvoorziening | n.v.t. | n.v.t. |
| Algemene voorziening | 80% | € 2.500,- |

Gepensioneerde

| WLZ | max 1 jaar | max € |
|---------------------|------------|-----------|
| Lage eigen bijdrage | 50% | € 2.500,- |
| Hoge eigen bijdrage | 25% | € 2.500,- |

| WMO ^{*)} | max 1 jaar | max € |
|----------------------|------------|-----------|
| Maatwerkvoorziening | n.v.t. | n.v.t. |
| Algemene voorziening | 50% | € 2.500,- |

^{*)} Voor gepensioneerden worden ouderdomsziekten uitgesloten. Ouderdomsziekten zijn ziekten waarvan algemeen in de maatschappij geaccepteerd is dat deze gerelateerd zijn aan de ouderdom.

2.2.2 Medisch en/of psychotherapeutisch onderzoek en behandeling

De vergoedingsnorm bedraagt voor het 1e jaar 80 %, voor het 2e jaar 60 % en vanaf het 3e jaar wordt het bepaald door de Raad van Beheer.

Voor de vergoeding geldt:

- max. van € 2.500,- per jaar;
- de behandelaar moet aangesloten zijn bij een erkende beroepsvereniging.

In geval van acupunctuur, camouflage-therapie, flebologie, homeopathie of - (ortho)manuele therapie dient de behandelaar een arts te zijn.

Ingeval van psychotherapie dient verwezen te zijn door een arts naar een gekwalificeerd psycholoog die aangesloten is bij het Nederlands Instituut van Psychologen (N.I.P) en/of is aangesloten bij de ziektekostenverzekering.

2.2.3 Kuurreizen

Kuurreizen komen 1 keer per jaar voor vergoeding in aanmerking. Een verwijzing van huisarts of specialist is noodzakelijk. Alleen georganiseerde kuurreizen komen voor vergoeding in aanmerking. Kuurreizen naar het buitenland worden alleen vergoed als deze niet in Nederland mogelijk zijn. Maximale vergoed is € 2.500,- .

2.2.4 Behandeling door tandarts

De behandeling door een tandarts wordt uitsluitend vergoed indien er sprake is van een ernstige ziekte en/of ongeval. De vergoeding bedraagt in het eerste jaar 80%, in het tweede jaar 60% en daarna 50% voor een periode van 3 jaar met een maximum van € 2.500,- per jaar. De ernstige ziekte mag niet ontstaan zijn door verwaarlozing of slechte verzorging van het gebit.

2.3 Prothesen

2.3.1 Prothesen en andere voorzieningen

Kosten van prothesen en andere voorzieningen op medische indicatie kunnen voor vergoeding in aanmerking komen. Bij een vergoeding vanuit de ziektekostenverzekering bedraagt de vergoeding 80 % van de kosten. Op deze kosten worden de vergoedingen in mindering gebracht van (aanvullende) ziektekostenverzekeringen, het wettelijke-/vrijwillige eigen risico, overheid en andere uitkerende instanties en eventuele drempels. Bij geen vergoeding vanuit de ziektekostenverzekering bedraagt de vergoeding 50 %.

2.3.2 Gehoorapparaten

Gehoorapparaten (toestel inclusief oorschaaltjes of vergelijkbare hulpmiddelen) worden 1x in de 5 jaar vergoed. Op deze vergoeding worden de vergoedingen in mindering gebracht van (aanvullende) ziektekostenverzekeringen, de wettelijke-/vrijwillige eigen risico, en de eventuele kortingen.

- De vergoeding bedraagt 80 % voor gehoorapparaten van de categorieën 1 t/m 5 voor werkenden met een maximum van € 1.500,- voor werkenden en voor gepensioneerden € 750,-.
- De vergoeding voor gehoorapparaten buiten categorie 5 komen voor vergoeding van 50% in aanmerking. De maximale vergoeding bedraagt € 1.250,- voor werkenden en € 625,- voor gepensioneerden.

Niet vergoed worden:

- batterijen,
- reinigingsdoekjes,
- droogdoos,
- kosten triage,
- kosten upgrade,
- vervangingsverzekering,
- schade of diefstal,
- kosten garantie en nazorg,
- afstandsbediening en andere accessoires.

2.3.3 Pruiken

Pruiken worden alleen vergoed als deze gedragen worden als gevolg van haaruitval door de volgende ziekten:

- *Telogeen haarverlies*: haaruitval door stress en lichamelijke veranderingen (operatie onder narcose, stress, periode met hoge koorts),
- *Alopecia areata*: auto-immuunaandoening,
- *Frontale fibroserende alopecia*, lichen planopilaris en alopecia cicatricialis: ontstekingen aan de haarzakjes
- *Traumatisch alopecia*: als er te hard getrokken wordt aan de haren
- *Kaalheid door chemo*.

Geen recht op vergoeding is er voor hormonale haaruitval:

- *Alopecia androgenetica voor mannen*: dit is de klassieke mannelijke kaalheid,

- *Leeftijdsgelaten haarverlies*: ontstaat vaak na de overgang, wordt beïnvloed door dezelfde factoren die ervoor zorgen dat men grijs wordt.

De vergoeding bedraagt:

| Jaar | Vergoeding |
|---------|------------|
| 1e jaar | 80% |
| 2e jaar | 60% |
| 3e jaar | 50% |
| 4e jaar | 50% |
| 5e jaar | 50% |

van de kosten minus de vergoeding van de ziektekostenverzekering met een maximum van € 1.000,- en maximaal 1 pruik per jaar.

Pruiken voor personen onder de 18 jaar worden altijd vergoed. De vergoeding bedraagt 80% van de kosten minus de vergoeding van de ziektekostenverzekering met een maximum van € 1.000,- en maximaal 1 pruik per jaar.

2.3.4 Haartransplantatie

Een vergoeding wordt eenmalig verstrekt voor een haartransplantatie. De vergoeding bedraagt maximaal € 2.500,- onder aftrek van de eventuele vergoeding ziektekostenverzekering.

2.3.5 Steunzolen

Steunzolen worden vergoed indien er sprake is van een ernstige ziekte, aandoening of ongeval. De vergoeding bedraagt in het eerste jaar 80%, in het tweede jaar 60% en voor de derde, vierde en vijfde aanvraag 50%.

2.3.6 Prothese BH/Badpak

De vergoeding bedraagt 80 % van de kosten. Voor de vergoeding geldt maximaal 2 BH's en 1 badpak per jaar.

2.3.7 Brillenglazen of lenzen

Een tegemoetkoming in de kosten van brillenglazen of lenzen kan alleen worden gegeven indien:

- de aanschaf naar het oordeel van een medische specialist het directe en onvermijdelijk gevolg is van een ernstige ziekte, ongeval of aandoening,
- er voor de werkende sprake is van een dioptrie van 5 of meer,
- er voor de gepensioneerde sprake is van een dioptrie van 8 of meer,
- er voor kinderen sprake is van een eerste aanvraag of een verandering van meer dan dioptrie 0.75.

De vergoeding:

- voor volwassenen en gepensioneerden vindt maximaal 1 keer per 3 jaar plaats,

- bedraagt 80% van de glazen of lenzen (keuze voor 1 van de 2) onder aftrek van de vergoeding vanuit de ziektekostenverzekeraar,
- maximaal € 250,- per glas of lens,
- voor maandlenzen geldt een maximum € 250,- per jaar.

2.4 Hulpmiddelen

2.4.1 Aanschaf en/of aanpassing auto in verband met invalidenvervoer

De aanpassingen aan een auto in verband met invalidenvervoer komen in aanmerking voor een vergoeding van 80% van kosten onder aftrek van de vergoedingen van bijvoorbeeld gemeentelijke instellingen en andere fondsen met een maximum van € 5.000,-. De vergoeding kan 1 keer 5 jaar worden verstrekt.

2.4.2 Fiets met (elektrisch) ondersteunende hulpmotor

Een fiets met een (elektrisch) ondersteunende hulpmotor voor werkenden komt 1 keer per 5 jaar in aanmerking voor een vergoeding van 50% met een maximum van € 2.500,- indien deze ondersteuning noodzakelijk is vanuit een medische aandoening of ziekte. Een verklaring van een arts is noodzakelijk.

2.4.3 Scootmobiel

Een scootmobiel komt 1 keer per 5 jaar in aanmerking voor een vergoeding van 50% van de kosten met een maximum van € 2.500,- indien deze ondersteuning noodzakelijk is vanuit een medische aandoening of ziekte. Een verklaring van een arts is noodzakelijk.

2.4.4 Sta op relaxfauteuil

Een sta op relaxfauteuil komt 1 keer per 5 jaar in aanmerking voor een vergoeding van 80% van de kosten via een erkende leverancier en 50% van de kosten via een niet erkende leverancier met een maximum van € 2.500,- indien deze ondersteuning noodzakelijk is vanuit een medische aandoening of ziekte. Een verklaring van een arts is noodzakelijk.

2.4.5 Hoog/laagbed

Een hoog/laagbed komt 1 keer per 5 jaar in aanmerking voor een vergoeding van 50% van de kosten met een maximum van € 2.500,- indien deze ondersteuning noodzakelijk is vanuit een medische aandoening of ziekte. Een verklaring van een arts is noodzakelijk.

2.4.6 Rolator en krukken

Rolator en krukken zijn uitgesloten van vergoeding.

2.4.7 Hometrainer

Een hometrainer is uitgesloten van vergoeding.

2.5 Sociaal

2.5.1 Regeling bij langdurige ziekte

Het fonds verstrekt eenmalig aan de medewerker in actieve dienst een VVV bon ter waarde van € 20,- indien de medewerker langer ziek is dan een aaneengesloten periode van 52 weken.

2.5.2 Jaarlijkse vakantiebijdrage

Voor gepensioneerden deelnemers met een bedrijfspensioen op jaarbasis van minder dan € 2.250,- en een diensttijd van meer dan 19 jaar ontvangt

- de gehuwde deelnemer een jaarlijks bijdrage van € 275,-
- de ongehuwde deelnemer een jaarlijks bijdrage van € 225,-

De weduwe met een bedrijfspensioen op jaarbasis van minder dan € 900,- ontvangt een jaarlijkse bijdrage van € 225,-.

Alle gerechtigden moeten jaarlijks een aanvraag doen om hiervoor in aanmerking te komen op vertoon van een laatst ontvangen pensioenspecificatie/bankafschrift.

Met ingang van 1 januari 2013 is deze regeling alleen nog van toepassing voor degenen die op deze datum gebruik maakten van deze regeling.

2.5.4 Verhuizing om medische en/of bijzondere sociale redenen

Bij een noodzakelijke verhuizing op medische en/of bijzondere sociale indicatie (met uitzondering op basis van ouderdomsziekten) kan een vergoeding worden verstrekt van 80% van de transportkosten en vloerbedekking met een maximum van € 2.500,-. Op de vergoeding komt in mindering hetgeen is of had kunnen worden ontvangen van de WLZ en/of WMO.

2.5.5 Begrafeniskosten van een levenloos geboren of overleden pasgeboren baby

Een vergoeding van 80% van de begrafenis/crematiekosten met een maximum van € 2.500,- wordt verstrekt voor een levenloos geboren of overleden pasgeboren baby.

2.5.6 Overlijden van actieve deelnemer

Bij het overlijden van een deelnemer met een actief dienstverband bij Tata Steel wordt er een eenmalige schenking van in totaal € 250,- aan de personen als benoemd in Artikel 1.2 "Voor Wie".

2.5.7 Kinderopvang

Kosten voor reguliere kinderopvang komen niet voor vergoeding in aanmerking tenzij deze ontstaan door een noodsituatie.

2.6 Reis- en parkeerkosten

2.6.1 Reiskosten voor dagbehandeling

Reiskosten voor (dag)behandeling van een patiënt die niet vergoed worden uit de basisverzekering komen voor vergoeding in aanmerking voor vergoeding als de reiskosten gemaakt worden voor behandelingen die voor vergoeding door het Wenckebachfonds in aanmerking komen:

- de actuele lijst van (medische en psychotherapeutische) behandelingen die door het Wenckebachfonds worden vergoed staan vermeld op de website van het fonds.
- de patiënt is een van de in 1.2.1 genoemde personen waarvoor de deelnemer een vergoeding kan aanvragen.
- de vergoeding bedraagt € 0,20 per km of bij ander dan eigen vervoer ten hoogste 80% van de gemaakte reiskosten, voor maximaal 7 retourritten per week.
- de reiskosten worden berekend als snelste route op basis van postcode volgens de ANWB.
- indien de enkele reisafstand kleiner is dan 10 km, wordt er geen vergoeding uitgekeerd.
- de duur van der vergoeding is maximaal 3 jaar.

De vergoedingen bedragen maximaal per jaar:

Werkende

| | |
|---------|-----------|
| | |
| 1e jaar | € 2.500,- |
| 2e jaar | € 1.250,- |
| 3e jaar | € 625,- |

Gepensioneerde

| | |
|---------|-----------|
| | |
| 1e jaar | € 1.250,- |
| 2e jaar | € 625,- |
| 3e jaar | € 310,- |

2.6.2 Reiskosten voor bezoek bij langdurig verblijf

Reiskosten voor een bezoek aan een patiënt die langer dan 24 uur in een ziekenhuis of GGZ instelling verblijft in Nederland, Duitsland of België komen voor vergoeding in aanmerking als de reiskosten gemaakt worden voor behandelingen die voor vergoeding door het Wenckebachfonds in aanmerking komen.

- de actuele lijst van (medische en psychotherapeutische) behandelingen die door het Wenckebachfonds worden vergoed staan vermeld op de website van het fonds.
- de dagen van start en einde van de opname worden niet vergoed.

- de patiënt is een van de in 1.2.1 genoemde personen waarvoor de deelnemer een vergoeding kan aanvragen.
- de vergoeding bedraagt € 0,20 per km of bij ander dan eigen vervoer ten hoogste 80% van de gemaakte reiskosten, voor maximaal 7 retourritten per week.
- de reiskosten worden berekend als snelste route op basis van postcode volgens de ANWB.
- verblijfskosten voor een overnachting worden met maximaal € 35,- per overnachting vergoed.
- voor verblijf in een Ronald McDonald huis zie 2.7.1.
- de duur van der vergoeding is maximaal 3 jaar.

De vergoedingen bedragen maximaal per jaar:

Werkende

| | |
|---------|-----------|
| | |
| 1e jaar | € 2.500,- |
| 2e jaar | € 1.250,- |
| 3e jaar | € 625,- |

Gepensioneerde

| | |
|---------|-----------|
| | |
| 1e jaar | € 1.250,- |
| 2e jaar | € 625,- |
| 3e jaar | € 310,- |

2.6.3 Reizen naar het buitenland

Een eenmalige vergoeding van ten hoogste 80% van de gemaakte reiskosten voor 2 personen met een maximum van € 2.500,- kan worden verstrekt voor een eenmalige bezoek:

- aan een gezinslid in verband met ernstige ziekte waarbij voor het leven moet worden gevreesd (een medische verklaring moet worden overlegd),
- in verband met het overlijden van een gezinslid (een akte van overlijden dient te worden overlegd),
- voor een medische noodzakelijke operatieve ingreep die niet mogelijk is in Nederland en die door het Wenckebachfonds als ingreep wordt vergoed.

2.6.4 Parkeerkosten

Parkeerkosten die gemaakt worden voor behandelingen die door het Wenckebachfonds worden vergoed of parkeerkosten voor behandelingen waarvan de reiskosten worden vergoed door de ziektekostenverzekering, komen in aanmerking voor vergoeding. De vergoeding bedraagt 80% van de kosten, met een maximum van € 500,-. Parkeerkaartjes of een ander bewijzen van betaling dienen te worden overlegd.

De actuele lijst van (medische en psychotherapeutische) behandelingen die door het Wenckebachfonds worden vergoed staan vermeld op de website van het fonds.

2.7 Verblijfskosten

2.7.1 Ronald McDonald Huis

Bij noodzakelijk verblijf in een Ronald McDonald Huis of daarmee vergelijkbare verblijfsfaciliteit in verband met ziekenhuisopname van een gezinslid kan een vergoeding voor de verblijfskosten worden verstrekt van ten hoogste 80 % van de verblijfskosten voor 2 gezinsleden, de maximale vergoeding per kalenderjaar is € 500,-.

2.7.2 Verblijf in instelling of pleeggezin

Bij een verblijf in een instelling of een pleeggezin wordt een vergoeding gegeven conform onderstaande tabel indien er een CIZ indicatie is.

Medewerker

| | max 5 jaar | max € |
|--|------------|-----------|
| Zorg-/verpleeginstelling – laag tarief | 80% EB | € 2.500,- |
| Zorg-/verpleeginstelling – hoog tarief | 50% EB | € 2.500,- |

Gepensioneerde

| | max 1 jaar | max € |
|--|------------|-----------|
| Zorg-/verpleeginstelling – laag tarief | 50% EB | € 2.500,- |
| Zorg-/verpleeginstelling – hoog tarief | 25% EB | € 2.500,- |

EB = Eigen Bijdrage

2.8 Financieel

2.8.1 Financiële moeilijkheden en buitengewone lasten

In geval van financiële moeilijkheden en buitengewone lasten die ontstaan zijn door een ernstige ziekte of een plotseling leed kan er een lening verstrekt worden tenzij er sprake is van loonbeslag of onder bewind stelling.

2.8.2 Kortlopende lening van maximaal € 450,-

Om in noodsituaties te kunnen voorzien in:

- tijdelijke onderkomen
- eerste levensbehoefte

kan er een noodlening verstrekt worden van maximaal € 450,- die uiterlijk 1 maand na verstrekking van de lening in 1 keer wordt afgelost via de salarisbetaling.

2.8.3 Lening bij ernstige ziekte familieleden in het buitenland

Een lening kan worden toegekend voor reiskosten naar het buitenland voor maximaal 2 personen in verband met ernstige ziekte of overlijden van naaste familieleden in rechte lijn, in 1e graad, te weten:

- Ouders (pleeg- of stiefouders);
- Kinderen (pleeg- en stiefkinderen).

2.9 Overig

2.9.1 Overige vormen van bijstand en inlichtingen

Voor overige vormen van bijstand en voor inlichtingen kan men zich wenden tot de Administratie Wenckebachfonds.