



STICHTING
Wenckebachfonds

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

Richtlijnen Stichting Wenckebachfonds 2024

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	6
1.4.1 Verlening van bijstand	6
1.4.2 Verzekeringsplicht.....	6
1.4.3 Ouderdomsziekten	6
1.4.4 Bijstand per casus.....	6
1.5 Vergoeding.....	6
1.5.1 Richtlijnen voor de vergoedingen	6
1.5.2 Vergoeding op medische grond	6
1.5.3 Maximale vergoeding	7
1.5.4 Erkende leveranciers / behandelaars.....	7
1.5.5. Uitbetaling van de vergoeding.....	7
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 Inkomen	8
1.6 Aanvraag.....	8
1.6.1 Aanvraag samenstellen.....	8
1.6.2 Eigen inzet om situatie te verbeteren	8
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	9
1.6.7 Moment van kosten.....	9

2 VERGOEDINGEN.....	10
2.1 Verzuim.....	10
2.1.1 Zorgverlof.....	10
2.1.2 Bovenwettelijk zorgverlof.....	10
2.1.3 Calamiteitenverlof.....	10
2.1.4 Vergoeding vakantiedagen.....	10
2.1.5 Kraamdagen.....	10
2.2. Medische behandelingen.....	11
2.2.1 Gezinsverzorging en gezinshulp.....	11
2.2.2 Medisch en/of psychotherapeutisch onderzoek en behandeling.....	11
2.2.3 Kuurreizen.....	12
2.2.4 Behandeling door tandarts.....	12
2.2.5 Dieet.....	12
2.2.6 Voedingssupplementen.....	13
2.2.7 Dyslexie en dyscalculie.....	13
2.2.8 Tinnitus behandeling.....	13
2.2.9 IVF behandeling.....	13
2.3 Prothesen.....	14
2.3.1 Prothesen en andere voorzieningen.....	14
2.3.2 Gehoorapparaten.....	14
2.3.3 Pruiken.....	14
2.3.4 Haartransplantatie.....	15
2.3.5 Steunzolen.....	15
2.3.6 Prothese BH / Badpak / Compressiekleding.....	15
2.3.7 Brillenglazen, lenzen of ooglaseren.....	16
2.4 Hulpmiddelen.....	17
2.4.1 Aanschaf en/of aanpassing auto in verband met invalidenvervoer.....	17
2.4.2 Fiets met (elektrisch) ondersteunende hulpmotor.....	17
2.4.3 Scootmobiel.....	17
2.4.4 Sta op relaxfauteuil.....	17
2.4.5 Hoog/laag bed.....	17
2.4.6 Rollator en krukken.....	17
2.4.7 Hometrainer.....	17

2.5 Sociaal	18
2.5.1 Regeling bij langdurige ziekte	18
2.5.2 Jaarlijkse vakantiebijdrage	18
2.5.3 Verhuizing om medische en/of bijzondere sociale redenen	18
2.5.4 Begrafeniskosten van een levenloos geboren of overleden pasgeboren baby	18
2.5.5 Overlijden van actieve deelnemer	18
2.5.6 Kinderopvang	18
2.5.7 Mantelzorg	19
2.5.8 Vrijwilligerswerk	19
2.6 Reis- en parkeerkosten	20
2.6.1 Reiskosten voor dagbehandeling	20
2.6.2 Reiskosten voor bezoek bij langdurig verblijf	21
2.6.3 Reizen naar het buitenland	22
2.6.4 Parkeerkosten	22
2.6.5 Reis- en verblijfskosten in het kader van mantelzorg	22
2.7 Verblijfskosten	23
2.7.1 Ronald McDonald Huis	23
2.7.2 Verblijf in instelling of pleeggezin	23
2.7.3 Hospice	23
2.8 Financieel	24
2.8.1 Financiële moeilijkheden en buitengewone lasten	24
2.8.2 Kortlopende lening van maximaal € 500,-	24
2.8.3 Lening bij ernstige ziekte familieleden in het buitenland	24
2.9 Overig	25
2.9.1 Overige vormen van bijstand en inlichtingen	25

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 voorgenoemd 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,
- en/of zijn/haar gezinsleden, zijnde:
- 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 een 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,
- de behandeling bij een reguliere instelling in Nederland plaatsvindt,
- indien de reguliere behandeling in Nederland niet of niet tijdig wordt aangeboden de deelnemer een vergelijkbare oplossing heeft gezocht in het buitenland.

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.

1.4.3 Ouderdomsziekten

Ouderdomsziekten zijn uitgesloten van bijstand. Ouderdomsziekten zijn ziekten waarvan algemeen in de maatschappij geaccepteerd is dat deze gerelateerd zijn aan de ouderdom en/of voorzienbaar zijn. Dit zijn:

- botontkalking (osteoporose),
- dementie,
- hartfalen,
- artrose (slijtage van gewrichten).

1.4.4 Bijstand per casus

Bijstand wordt verleend per casus en niet per deelnemer. Ingeval beide partners deelnemer zijn aan het fonds leidt dit niet tot dubbele vergoeding voor dezelfde casus.

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 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 / behandelaars

De maximale vergoeding van 80 % van de totale kosten is van toepassing op de door Raad van Beheer erkende leveranciers. Voor niet erkende leveranciers/behandelaars is de maximale vergoeding 50 % van de kosten.

Erkende leveranciers/behandelaars zijn leveranciers/ behandelaars:

- a) die BIG geregistreerd zijn,
- b) die aangesloten zijn bij een medische beroepsvereniging of
- c) waarvan de kwaliteit op een andere manier aangetoond kan worden ter beoordeling van de Raad.

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 zullen 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 inkomensvervangende 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.

1.6.7 Moment van kosten

De status van een deelnemer, zie artikel 1.1, wordt bepaald door het moment dat kosten gemaakt worden die voor vergoeding in aanmerking komen.

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 Calamiteitenverlof

Calamiteitenverlof is wettelijk geregeld. Dit verlof wordt verleend om bij een plotseling optredend incident hulp te kunnen bieden. Soms kan het noodzakelijk zijn om langer dan 1 dag verlof te krijgen om de calamiteit het hoofd te bieden. Het is in eerste instantie aan de leidinggevende en de medewerker om daar afspraken over te maken. De leidinggevende heeft de mogelijkheid om 5 EV dagen toe te kennen. Indien de mogelijkheden alsnog te beperkt zijn dan zal de Raad van Beheer per geval bepalen of (extra) aanvullend calamiteitenverlof op zijn plaats is.

2.1.4 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.

2.1.5 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 %	€ 2.750,-
Hoge eigen bijdrage	50 %	€ 2.750,-

WMO	max 5 jaar	max €
Maatwerkvoorziening	n.v.t.	n.v.t.
Algemene voorziening	80 %	€ 2.750,-

Gepensioneerde

WLZ	max 2 jaar	max €
Lage eigen bijdrage	50 %	€ 2.750,-
Hoge eigen bijdrage	25 %	€ 2.750,-

WMO	max 2 jaar	max €
Maatwerkvoorziening	n.v.t.	n.v.t.
Algemene voorziening	50 %	€ 2.750,-

2.2.2 Medisch en/of psychotherapeutisch onderzoek en behandeling

De vergoedingsnorm bedraagt voor het 1e jaar 80 %, voor het 2e jaar 70 % en vanaf het 3e jaar wordt het bepaald door de Raad van Beheer. Voor de vergoeding geldt een maximum van € 2.750,- per jaar.

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. De vergoeding bedraagt:

Jaar	Vergoeding
1 ^e jaar	80 %
2 ^e jaar	70 %
3 ^e jaar	60 %
4 ^e jaar	50 %
5 ^e jaar	50 %

met een maximum van € 2.750,- per jaar.

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 ernstige ziekte mag niet ontstaan zijn door verwaarlozing of slechte verzorging van het gebit. De vergoeding bedraagt:

Jaar	Vergoeding
1 ^e jaar	80 %
2 ^e jaar	70 %
3 ^e jaar	60 %
4 ^e jaar	50 %
5 ^e jaar	50 %

met een maximum van € 2.750,- per jaar.

2.2.5 Dieet

Erkende diëten (zie 1.5.4) komen eenmalig in aanmerking voor vergoeding. De vergoeding bedraagt 80 % van de kosten met een maximum van € 2.750,- verminderd met het aftrekbare bedrag van de inkomstenbelasting.

2.2.6 Voedingssupplementen

Voedingssupplementen komen in aanmerking voor vergoeding mits ze zijn voorgeschreven door een erkende behandelaar (zie 1.5.4). Uitgesloten van vergoeding zijn reguliere en vrij verkrijgbare voedingssupplementen. De vergoeding bedraagt:

Jaar	Vergoeding
1 ^e jaar	80 %
2 ^e jaar	70 %
3 ^e jaar	60 %
4 ^e jaar	50 %
5 ^e jaar	50 %

met een maximum van € 2.750,- per jaar.

2.2.7 Dyslexie en dyscalculie

De behandelingen en hulpmiddelen voor dyslexie en dyscalculie worden voor kinderen tot de leeftijd van 18 jaar vergoed. De vergoeding bedraagt:

Jaar	Vergoeding
1 ^e jaar	80 %
2 ^e jaar	70 %
3 ^e jaar	60 %
4 ^e jaar	50 %
5 ^e jaar	50 %

met een maximum van € 2.750,- per jaar.

2.2.8 Tinnitus behandeling

Training (therapie) gericht op het anders denken en omgaan met tinnitus wordt eenmalig vergoed. Een doorverwijzing van een arts of audioloog is noodzakelijk. De vergoeding bedraagt 80 % van de kosten met een maximum van € 2.750,-.

2.2.9 IVF behandeling

2 IVF behandelingen worden vergoed boven de vergoeding uit de zorgverzekering (conform 1.4.2). De vergoeding is in totaal 80 % van de kosten met een maximum van € 2.750,-.

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 met een maximum van € 2.750,- per jaar. 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, 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 1 keer in de 5 jaar vergoed. Op deze vergoeding worden de vergoedingen in mindering gebracht van (aanvullende) ziektekostenverzekeringen, en de eventuele kortingen.

- De vergoeding bedraagt 80 % voor gehoorapparaten van de categorieën 1 t/m 5 met een maximum van € 1.650,- voor werkenden en voor gepensioneerden € 825,-.
- De vergoeding voor gehoorapparaten buiten categorie 5 komen voor vergoeding van 50 % in aanmerking. De maximale vergoeding bedraagt € 1380,- voor werkenden en € 690,- 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 kaalheid,
- *Leeftijdsgebonden haarverlies*: ontstaat vaak na de overgang, wordt beïnvloed door dezelfde factoren die ervoor zorgen dat men grijs wordt.

De vergoeding bedraagt:

Jaar	Vergoeding
1 ^e jaar	80 %
2 ^e jaar	70 %
3 ^e jaar	60 %
4 ^e jaar	50 %
5 ^e jaar	50 %

van de kosten minus de vergoeding van de ziektekostenverzekering met een maximum van € 1.100,- 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 € 1.100,- en maximaal 1 pruik per jaar.

2.3.4 Haartransplantatie

Voor werkenden wordt eenmalig een vergoeding verstrekt voor een haartransplantatie. De vergoeding bedraagt 50 % van de kosten met een maximum van € 2.750,- 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:

Jaar	Vergoeding
1 ^e jaar	80 %
2 ^e jaar	70 %
3 ^e jaar	60 %
4 ^e jaar	50 %
5 ^e jaar	50 %

met een maximum van € 2.750,- per jaar.

2.3.6 Prothese BH / Badpak / Compressiekleding

De vergoeding bedraagt 80 % van de kosten met een maximum van € 1.100,-. Voor de vergoeding geldt maximaal:

- 2 prothese BH's
 - 1 prothese badpak
 - 2 stuks compressiekleding
- per jaar.

2.3.7 Brillenglazen, lenzen of ooglaseren

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

- de aanschaf naar het oordeel van een medisch specialist het directe en onvermijdelijke 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 brillenglazen of lenzen:

- 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,
- is maximaal € 275,- per glas of lens,
- voor maandlenzen is maximaal € 275,- per jaar.

Indien er sprake is van een veranderende vorm van het gezicht door een medische oorzaak, worden de bril en glazen vergoed. De vergoeding bedraagt 80 % van de kosten met een maximum van € 550,- per jaar. Een medische verklaring van een specialist dient overlegd te worden.

De vergoeding voor ooglaseren of lensimplantatie:

- is eenmalig
- bedraagt 80 % van het ooglaseren of lensimplantatie onder aftrek van de vergoeding vanuit de ziektekostenverzekeraar,
- bedraagt maximaal € 2750,-.

2.4 Hulpmiddelen

2.4.1 Aanschaf en/of aanpassing auto in verband met invalidenvervoer

De aanpassingen aan een auto in verband met invalidenvervoer voor werknemers 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 € 5.500,-. De vergoeding kan 1 keer per 5 jaar worden verstrekt. De vergoeding heeft betrekking op 1 auto.

2.4.2 Fiets met (elektrisch) ondersteunende hulpmotor

Een fiets met een (elektrisch) ondersteunende hulpmotor voor werkenden komt eenmalig in aanmerking voor een vergoeding van 50 % met een maximum van € 750,- indien deze ondersteuning noodzakelijk is vanuit een medische aandoening of ernstige ziekte. Een verklaring van een arts is noodzakelijk.

2.4.3 Scootmobiel

Een scootmobiel komt eenmalig in aanmerking voor een vergoeding van 50 % van de kosten met een maximum van € 2.750,- 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 eenmalig 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 € 2.750,- indien deze ondersteuning noodzakelijk is vanuit een medische aandoening of ernstige ziekte. Een verklaring van een arts is noodzakelijk.

2.4.5 Hoog/laag bed

Een hoog/laag bed komt eenmalig in aanmerking voor een vergoeding van 50 % van de kosten met een maximum van € 2.750,- indien deze ondersteuning noodzakelijk is vanuit een medische aandoening of ziekte. Een verklaring van een arts is noodzakelijk.

2.4.6 Rollator en krukken

Rollator 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 bloemetje ter waarde van € 20,- exclusief bezorgkosten (indien de medewerker langer ziek is dan een aaneengesloten periode van 52 weken).

2.5.2 Jaarlijkse vakantiebijdrage

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

- de gehuwde deelnemer een jaarlijkse bijdrage van € 305,-
- de ongehuwde deelnemer een jaarlijkse bijdrage van € 250,-

De weduwe met een bedrijfspensioen op jaarbasis van minder dan € 900,- ontvangt een jaarlijkse bijdrage van € 250,-.

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.

2.5.3 Verhuizing om medische en/of bijzondere sociale redenen

Bij een noodzakelijke verhuizing op medische en/of bijzondere sociale indicatie (met uitzondering van ouderdomsziekten) kan een vergoeding worden verstrekt van 80 % van de transportkosten en herinrichtingskosten met een maximum van € 2.750,-. Op de vergoeding komt in mindering hetgeen is of had kunnen worden ontvangen van de WLZ en/of WMO.

Deze vergoeding wordt verstrekt bij een (gelijktijdig) noodzakelijke verhuizing van één of meerdere van de gerechtigden voor een aanvraag.

2.5.4 Begrafeniskosten van een levenloos geboren of overleden pasgeboren baby

Een vergoeding van 80 % van de begrafenis/crematiekosten met een maximum van € 2.750,- wordt verstrekt voor een levenloos geboren of overleden pasgeboren baby.

2.5.5 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 € 275,- gedaan aan de personen als benoemd in Artikel 1.2 "Voor wie".

2.5.6 Kinderopvang

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

2.5.7 Mantelzorg

Mantelzorg komt voor ondersteuning in aanmerking als:

- de zorg langdurig wordt verleend (minimaal voor een periode van 3 maanden, en 8 uur per week),
- de zorg verleend wordt door de werkende aanvrager aan eerste (ouders kinderen) en tweede graad (grootouders, kleinkinderen, broers, zussen) bloedverwanten van aanvrager of diens partner,
- de zorg bestaat uit huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging, medische verzorging, vervoer, administratie en financieel beheer, begeleiden behandelingen en ziekenhuisbezoeken.
- de zorg in Nederland wordt verleend.

Zorg die verleend wordt vanuit een vrijwilligerscentrum komt niet voor ondersteuning in aanmerking.

De vergoeding voor mantelzorg kan bestaan uit:

- de ondersteuning voor noodzakelijk verzuim bestaat uit 70 % van de verzuimde dagen met een maximum van 5 dagen.
- reis- en verblijfskosten die gemaakt worden in het kader van mantelzorg zie 2.6.

2.5.8 Vrijwilligerswerk

Personen die vrijwilligerswerk verrichten in de vorm van begeleiding van vakantie van personen waarbij medische begeleiding door professionals noodzakelijk en aanwezig is, kunnen 1 keer per jaar de dagen die hier aan besteed worden voor 70 % vergoed krijgen met een maximum van 5 dagen per jaar. Het vrijwilligers-werk dient schriftelijk aantoonbaar te zijn en de organisatie dient door het Wenckebachfonds erkend te zijn.

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 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 één van de in 1.2.1 genoemde personen waarvoor de deelnemer een vergoeding kan aanvragen.
- De vergoeding bedraagt € 0,28 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 de vergoeding is maximaal 3 jaar.

De vergoedingen bedragen maximaal per jaar:

Werkende

1 ^e jaar	€ 2.750,-
2 ^e jaar	€ 1.380,-
3 ^e jaar	€ 690,-

Gepensioneerde

1 ^e jaar	€ 1.380,-
2 ^e jaar	€ 690,-
3 ^e jaar	€ 345,-

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 of zorginstelling 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 één van de in 1.2.1 genoemde personen waarvoor de deelnemer een vergoeding kan aanvragen.
- de vergoeding bedraagt € 0,28 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 € 40,- 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

1 ^e jaar	€ 2.750,-
2 ^e jaar	€ 1.380,-
3 ^e jaar	€ 690,-

Gepensioneerde

1 ^e jaar	€ 1.380,-
2 ^e jaar	€ 690,-
3 ^e jaar	€ 345,-

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 € 2.750,- 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 medisch 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 € 550,-. Parkeerkaartjes of andere 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.

2.6.5 Reis- en verblijfskosten in het kader van mantelzorg

Bij vergoeding van reis- en verblijfskosten in het kader van mantelzorg geldt:

- reis- en verblijfskosten moeten gemaakt zijn voor de mantelzorg zoals omschreven in 2.5.7.
- reiskostenvergoeding van € 0,28 per km of bij ander dan eigen vervoer ten hoogste 80 % van de gemaakte reiskosten, voor maximaal 3 retourritten per week. De reiskosten worden berekend als snelste route op basis van postcode volgens de ANWB.
- verblijfskostenvergoeding voor een overnachting is mogelijk indien de zorgbehoevende een medische behandeling ondergaat en aanwezigheid in de nabijheid door de mantelzorger noodzakelijk is. De vergoeding bedraagt maximaal € 40,- per overnachting.
- de duur van de vergoeding is maximaal 3 jaar.

De vergoedingen bedragen maximaal per jaar:

Werkende

1 ^e jaar	€ 2.750,-
2 ^e jaar	€ 1.380,-
3 ^e jaar	€ 690,-

Gepensioneerde

n.v.t.

2.7 Verblijfskosten

2.7.1 Ronald McDonald Huis

Bij noodzakelijk verblijf in een Ronald McDonald Huis of een daarmee vergelijkbare verblijffaciliteit 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 jaar is € 550,-.

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.

Werkende

	max 5 jaar	max €
Zorg-/verpleeginstelling – laag tarief	80 % EB	€ 2.750,-
Zorg-/verpleeginstelling – hoog tarief	50 % EB	€ 2.750,-

Gepensioneerde

	max 2 jaar	max €
Zorg-/verpleeginstelling – laag tarief	50 % EB	€ 2.750,-
Zorg-/verpleeginstelling – hoog tarief	25 % EB	€ 2.750,-

EB = Eigen Bijdrage

2.7.3 Hospice

Bij verblijf in een hospice worden de kosten vergoed voor 80 % van de kosten met een maximum van € 2.750,-.

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.

2.8.2 Kortlopende lening van maximaal € 500,-

Om in noodsituaties te kunnen voorzien in:

- tijdelijk onderkomen
- eerste levensbehoefte

kan er een noodlening verstrekt worden van maximaal € 500,- 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.