Wijzigingsformulier persoonsgebonden budget (pgb)

Met dit formulier kunt u verschillende wijzigingen aan ons doorgeven die van invloed zijn op uw pgb.
Zoals een nieuw telefoonnummer of een tijdelijk verblijf in het buitenland.
Wilt u een zorgovereenkomst wijzigen? Download deze dan op **www.cz-zorgkantoor.nl/zorgovereenkomst**.

Gegevens budgethouder *

Relatienummer:

Naam:

☐ man ☐ vrouw ☐ neutraal

Geboortedatum:

E-mailadres:

1. Wijziging persoonsgegevens budgethouder

E-mailadres:

Telefoonnummer:

Met ingang van:

Een wijziging van uw naam of adresgegevens ontvangen wij automatisch via de Basisregistratie Persoonsgegevens.
Een wijziging in uw naam of adres hoeft u daarom niet aan ons door te geven.

2. Wijziging gegevens beheer

wettelijk vertegenwoordiger / contactpersoon / gewaarborgde hulp / pgb-beheerder

☐ man ☐ vrouw ☐ neutraal

Naam: Geboortedatum:

Woonadres: Postcode:

Woonplaats: Relatie tot budgethouder:

E-mailadres: Telefoonnummer:

☐ Dit wordt ook het correspondentieadres. Met ingang van:

Let op: hieronder geeft u alleen wijzigingen door voor uw huidige wettelijk vertegenwoordiger, contactpersoon, gewaarborgde hulp of pgb-beheerder.

Wijzigt uw wettelijke vertegenwoordiger? Is er bijvoorbeeld een nieuwe bewindvoerder? Vul dan niet dit formulier in maar mail de wijziging naar pgb@cz.nl. Wij sturen u dan de juiste documenten toe.

Wilt u een (andere) pgb-beheerder? Download dan een ander formulier op www.cz-zorgkantoor.nl/andere-pgb-beheerder.

* verplicht blok

3. Tijdelijk verblijf buitenland

Van: _____ tot en met: _____

Land: _____ ☐ Datum van terugkeer nog niet bekend.

Ik neem mijn zorgverleners mee om zorg zorg te verlenen (vul de namen van uw zorgverleners in):

_____

Laat het ons weten als u weer terug bent. Bel (013) 594 91 06 of mail naar pgb@cz.nl. Let op: bent u langer dan 13 weken óf voor onbepaalde tijd in een land buiten de EU? Dan beëindigen wij uw pgb. U ontvangt dan een beëindigingsbrief.

4. Beëindiging budget

☐ Overlijden van de budgethouder Datum overlijden: _____

☐ Andere reden: _____

_____

Met ingang van: _____

Overstap naar zorg in natura? Download dan een ander formulier op **www.cz-zorgkantoor.nl/wijzigingsformulier-zin**.

5. Andere wijziging

_____

_____

Met ingang van: _____

Let op: dit formulier is niet bedoeld voor een wijziging of beëindiging van een zorgovereenkomst! Zie daarvoor **www.cz-zorgkantoor.nl/zorgovereenkomst**.

6. Ondertekening

De persoon die het pgb beheert moet dit formulier ondertekenen.

Ik heb:	Dan tekent:
iemand gemachtigd als gewaarborgde hulp of pgb-beheerder	de gewaarborgde hulp of pgb-beheerder
een wettelijk vertegenwoordiger en deze heeft iemand gemachtigd als gewaarborgde hulp of pgb-beheerder	de gewaarborgde hulp of pgb-beheerder
een wettelijk vertegenwoordiger die mijn pgb beheert	de wettelijk vertegenwoordiger
geen van allen	de budgethouder zelf

Wie ondertekent het formulier?

☐ De budgethouder zelf

☐ De wettelijk vertegenwoordiger

☐ De gewaarborgde hulp of pgb-beheerder

Naam:

Datum:

Handtekening:

Mail dit formulier naar pgb@cz.nl.
U kunt dit formulier ook opsturen naar:
CZ zorgkantoor
T.a.v. Team Pgb
Antwoordnummer 60518
5000 WB Tilburg

255.039.24229