



Met dit formulier kunt u diverse wijzigingen met betrekking tot uw persoonsgebonden budget (PGB) uit de zorgverzekeringswet (Zvw-pgb) aan ons doorgeven.

1. Gegevens budgethouder

Nummer op akkoordverklaring:

Naam verzekerde:

Geboortedatum:

Relatienummer:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

2. Soort wijziging

Kruis aan welke wijziging u wilt doorgeven. Achter de wijziging staat vermeld welke vragen u moet invullen.

- (Adres)wijziging wettelijke vertegenwoordiger of gemachtigde (vul vraag 3 en 7 in)
- Opname budgethouder in ziekenhuis of een andere zorginstelling langer dan 2 maanden (vul vraag 4 en 7 in)
- Beëindiging Persoonsgebonden Budget (vul vraag 5 en 7 in)
- Wijziging in de urenverhouding PGB/ZIN (zorg in natura) (vul vraag 6 en 7 in)

3. (Adres)wijziging wettelijke vertegenwoordiger of gemachtigde

Ingangsdatum (adres)wijziging:

Nieuwe gegevens

Voorletter(s), voorvoegsel(s), achternaam:

Straatnaam, huisnummer:

Postcode, plaatsnaam:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

Geboortedatum:

Geslacht: man vrouw

Wat is uw relatie tot de budgethouder?

- De budgethouder is jonger dan 18 jaar. Ik ben ouder/voogd.
Dit formulier wordt ondertekend door de ouder/voogd (wettelijke vertegenwoordiger).
- Ik ben gemachtigd door de budgethouder.
Dit formulier wordt ondertekend door de budgethouder én de gemachtigde.
- Ik ben benoemd tot bewindvoerder of curator.

Stuur een kopie van de uitspraak van de rechtbank mee. Dit formulier wordt ondertekend door de bewindvoerder of curator.

Aanvullende stukken

Betreft het een wijziging wettelijk vertegenwoordiger of gemachtigde dan hebben wij voor het verwerken van uw wijziging een kopie legitimatiebewijs budgethouder, gemachtigde of diens wettelijke vertegenwoordiger van u nodig.

4. Opname

Als u langer dan 2 maanden opgenomen bent in het ziekenhuis of een andere zorginstelling beëindigen wij uw budget.

Opnamedatum:

Naam ziekenhuis/zorginstelling:

Plaatsnaam:

5. Beëindiging persoonsgebonden budget

a) Kruis hieronder aan wat de reden is van beëindiging Persoonsgebonden Budget.

Overlijden van de budgethouder

Datum overlijden/...../.....

Er is geen zorg meer nodig

Zorg wordt vervolgd in zorg in natura

Een andere reden, namelijk

b) Per welke datum* wilt u het PGB beëindigen?

*Bij overlijden is dit een dag na het overlijden.

6. Wijziging in de urenverhouding.

Het totaal aantal uren dat ingekocht wordt met een Persoonsgebonden Budget (PGB) en/of door uw zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder, mag niet boven de door verpleegkundige aangegeven gemiddelde zorgbehoefte op het verpleegkundige deel, deel 1 van het aanvraagformulier uitkomen.

Vul in onderstaand schema in welke zorg u van uw zorgaanbieder(s) wil inkopen

| Naam | Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging | Aantal uren/minuten per week verpleging | Zorg in Natura (ZIN) | PGB |
|---------------------|--|---|-----------------------------|-----------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja |
| | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja |
| | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja |
| | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja |
| | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja |
| | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja |
| | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja |
| | | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ja |
| totaal uren/minuten | | | | |

7. Ondertekening

Budgethouder

Ouder 1

Voogd

Curator

Bewindvoerder

Gemachtigde

Ouder 2

Naam:

Datum:

Plaats:

Handtekening: