



Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget deel 2 verpleging en verzorging (Zvw-pgb)

DEEL 2: Verzekerde deel aanvraag

Dit deel wordt door de verzekerde of een (wettelijke) vertegenwoordiger ingevuld.¹

Wij verzoeken u voor het invullen het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging te raadplegen. Dit reglement is beschikbaar op onze website. Op onze website vindt u ook antwoorden op veel gestelde vragen over het pgb.

1 Gegevens verzekerde

Achternaam
Voorletters man vrouw
Geboortedatum
Relatienummer verzekerde
E-mailadres verzekerde

2 Een (wettelijke) vertegenwoordiger

Een wettelijke vertegenwoordiger is voor een persoon jonger dan 18 jaar één van de ouders, voor zover deze het ouderlijk gezag heeft, of een voogd. Voor personen van 18 jaar en ouder is het een curator, mentor of bewindvoerder, door de Rechtbank vastgesteld.

Een vertegenwoordiger is een familielid (bloed- en aanverwanten in de 1^o of 2^o graad) die niet aan de definitie van een wettelijke vertegenwoordiger voldoet.

Heeft u een (wettelijke) vertegenwoordiger?

- Ja, namelijk wettelijke vertegenwoordiger, vul gegevens hieronder in
 Ja, namelijk vertegenwoordiger, vul gegevens op de volgende pagina in
 Nee

Gegevens van uw (wettelijke) vertegenwoordiger:

Achternaam
Voorletters
Adres
Postcode en woonplaats
Geboortedatum
BSN
Telefoonnummer
Relatienummer verzekerde

¹ Indien u te weinig ruimte heeft, kunt u een extra bladzijde toevoegen.

Gegevens van uw bewindvoerder, in het geval dit een organisatie is:

Naam organisatie
KvK nummer organisatie
Postcode en plaats
Contactpersoon
Telefoonnummer

3 Gecontracteerde aanbieder

Ontving u voor de aanvraag wijkverpleging van een gecontracteerde aanbieder?

Nee
 Ja, van;

4 Waarom wilt u een pgb?

Hieronder dient u toe te lichten:

- Waarom u een pgb wilt voor verpleging en/of verzorging.
- Waarom u niet kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 Bij welke zorgaanbieders wilt u de zorg inkopen?

Vult u hier in welke zorg u van uw zorgverleners krijgt. De verpleegkundige heeft uw gemiddelde zorgbehoefte aangegeven in deel 1. Dit gebruikt u als basis.

Vul in onderstaand schema in bij welke zorgaanbieders u de zorg wil inkopen.

Naam	Postcode en huisnummer	Plaats	Bloed- of aanverwante in de 1 ^e of 2 ^e graad	AGB code*
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	

*U hoeft geen AGB code in te vullen als uw zorgverlener:

- een partner, bloed- of aanverwant in de 1^e of 2^e graad is en/of;
- als er sprake is van een arbeidsovereenkomst met een zorgverlener (die niet beschikt over een Big registratie verpleegkundige niveau 4 of 5);
- als uw zorgaanbieder niet als zorg verlenende instantie (SBI 86-87-88) staat ingeschreven in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel

Voor alle overige zorgaanbieders vult u een AGB code in. De AGB code kunt u bij uw zorgaanbieder opvragen. Beschikt uw zorgaanbieder er niet over, dan kan uw zorgaanbieder deze bij Vektis opvragen. Zie daarvoor www.agbcode.nl

Let op: Als u alleen zorg inkoop bij informele zorgverleners en het aantal uren verpleging en verzorging per week hoger is dan 24 uur dan kunnen wij de voorwaarde stellen dat een deel van de geleverde zorg moet worden geleverd door een formele zorgverlener.

6 Welke afspraken maakt u met uw zorgverlener?

Vul in onderstaand schema in welke zorg u bij uw zorgverlener(s) wil inkopen. De totale tijd die u verdeelt over uw zorgverleners moet overeenkomen met de indicatie die de wijkverpleegkundige gesteld heeft op deel 1 van het aanvraagformulier.

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				

Wanneer wilt u uw PGB in laten gaan?

- Direct ²
- Anders, namelijk op datum (DD-MM-JJJJ)

Geef aan van wie u zorg krijgt als uw zorgaanbieders afwezig zijn vanwege ziekte en/of vakantie.

Bij persoonlijke verzorging:

.....

Bij verpleging:

.....

² Het PGB gaat in op de datum dat de verzekeraar de volledige, ondertekende aanvraag heeft ontvangen

7 Ondertekening

Ik verklaar:

- dat ik instem met het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging van mijn zorgverzekeraar;
- dat ik toestemming geef om de anamnese (onderdeel van het zorgplan) mee te sturen met de aanvraag;
- dat de vastgestelde zorgbehoefte in het verpleegkundige deel van de aanvraag met mij is besproken;
- dat ik naast de meegestuurde indicatie niet over andere indicatie(s) voor verpleging en verzorging in de thuissituatie (conform art. 2.10 Bzv) beschik;
- dat ik in staat ben op eigen kracht of met hulp van de (wettelijke) vertegenwoordiger de aan het pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren (o.a. contracten af te sluiten met zorgaanbieders en om taken te verrichten zoals werving, opleiding, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten);
- dat ik in staat ben op eigen kracht of met hulp van de (wettelijke) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te kunnen maken ten aanzien van werkgeverschap en de verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
- ik verklaar dat ik niet in het bezit ben van een indicatie voor de Wet Langdurige Zorg (Wlz);
- dat ik op de hoogte ben van de aan verzekerde gestelde verantwoordelijkheden zoals opgenomen in het Reglement Zvw pgb;
- dat ik mijn vertegenwoordiger toestemming geef om een Bewust keuze gesprek te voeren met de zorgverzekeraar indien de zorgverzekeraar daarom vraagt;
- dat ik alle gegevens naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid heb ingevuld en dat ik geen bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag heb verzwegen;
- dat ik weet dat verzwijging van de voor CZ belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van dit formulier ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt;
- dat ik alle wijzigingen die van invloed kunnen zijn op het PGB doorgeef aan CZ.

Ik stem ermee in dat CZ contact opneemt met de indicerende verpleegkundige, mijn huisarts en/of mijn specialisten over mijn (medische) situatie als dit volgens CZ noodzakelijk is voor een zorgvuldige beoordeling van mijn aanvraag.

ja

nee

Deze toestemming kan noodzakelijk zijn voor de beoordeling van uw aanvraag. U mag deze toestemming op elk moment weer intrekken.

Datum

Naam verzekerde of (wettelijke) vertegenwoordiger

Handtekening verzekerde of (wettelijke) vertegenwoordiger*

Handtekening (wettelijke) vertegenwoordiger**
stuur kopie beschikking rechtbank mee

Is er sprake van een ongeval of mishandeling Ja Nee

* Als het van toepassing is

** Is er een minderjarige budgethouder? En hebben beide ouders ouderlijk gezag? Dan moet een 2^e wettelijke vertegenwoordiger ook ondertekenen.

Wat stuurt u met deze aanvraag mee?

U dient de complete set voor uw aanvraag naar uw zorgverzekeraar te sturen, bestaande uit:

- verpleegkundig deel (deel 1)
- verzekerde deel (deel 2)
- verklaring arts dat er sprake is van Palliatief Terminale Zorg (indien van toepassing)
- kopie anamnese (onderdeel van het zorgplan) uit het elektronische cliëntendossier als daartoe toestemming is verleend. Om uw aanvraag te bespoedigen heeft dit onze voorkeur.
- kopie van de uitspraak van de rechtbank mbt vertegenwoordiging (indien van toepassing)

Als u voogd, curator, mentor, bewindvoerder of door de notaris gemachtigde vertegenwoordiger bent, stuurt u een kopie mee van de brief ('beschikking') van de rechtbank of van de notariële akte. Dat is belangrijk, omdat wij uw aanvraag anders niet kunnen behandelen.

Dit is niet nodig als u de ouder en daarmee de wettelijk vertegenwoordiger bent van een kind jonger dan 18 jaar, dan volstaat een kopie van een geldig identiteitsbewijs.