



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: