



DEEL 2: Verzekerde deel aanvraag 2018

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 Zvw-pgb.

1. Zorgverzekeraar

Zorgverzekeraar

2. Gegevens verzekerde

Achternaam

Voorletters de heer* mevrouw*

Adres

Postcode en woonplaats

Geboortedatum

BSN

Telefoonnummer

E-mail

Relatienummer verzekeraar

3. 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 1e of 2e 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 hieronder in

Nee

Gegevens van uw (wettelijk) vertegenwoordiger:

Achternaam

Voorletters de heer* mevrouw*

Adres

Postcode en woonplaats

Geboortedatum

Telefoonnummer

E-mail

Relatie tot verzekerde

Gegevens van uw bewindvoerder

Naam

KvK nummer

Postcode en plaats

Contactpersoon

Telefoonnummer

E-mail

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

4. Reden van de Zvw-pgb aanvraag

Wat is de reden van uw aanvraag ?

- Ik heb voor het eerst wijkverpleging nodig en vraag daarvoor een Zvw-pgb aan
- Ik ontvang reeds zorg in natura, maar wil hiervoor geheel of gedeeltelijk overstappen naar een Zvw-pgb.
- Ik vraag een Zvw-pgb aan omdat mijn indicatie afloopt (U hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)
- Ik heb een nieuwe indicatie omdat mijn zorgbehoefte is gewijzigd (U hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)

5. Gecontracteerde aanbieder

Ontving u voor de aanvraag wijkverpleging van een gecontracteerde aanbieder?

Nee

Ja, van _____

6. Waarom wilt u een Zvw-pgb?

Hieronder dient u toe te lichten:

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

7. 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 1e of 2e graad | AGB code * en/of SBI 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 | |

* U hoeft geen AGB code in te vullen als:

- een partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad is of;
- niet is ingeschreven als verpleegkundige (niveau 4 of 5) in het register, bedoeld in art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg of;
- geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86,87 of 88 staan geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelsregister

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

8. Welke afspraken maakt u met uw zorgverlener?

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 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 | Aantal uren/minuten per week zorg in natura | PGB Ja/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 |
| | | | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| | | | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Totaal uren/minuten | | | | | |

Wilt u uw PGB op een latere datum in laten gaan?

Nee, direct ² Ja, namelijk op (DD-MM-JJJJ)

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

Beschrijf hieronder hoe u uw zorg wilt regelen

Bij persoonlijke verzorging:

Bij verpleging:

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

Bij welke zorgaanbieder wilt u zorg inkopen?

| Naam | Postcode en huisnummer | Plaats | Bloed- of aanverwante in 1 ^e of 2 ^e graads | | AGB code * en/of SBI 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 | |

* U hoeft geen AGB code in te vullen als:

- een partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad is en/of;
- niet is ingeschreven als verpleegkundige (niveau 4 of 5) in het register, bedoeld in art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
- geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86,87 of 88 staan geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelregister

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

Welke afspraken maakt u met uw zorgverlener?

| Naam | Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging | Aantal uren/minuten per week verpleging | Aantal uren/minuten per week zorg in natura | PGB | |
|------|--|---|---|--------------------------|--------------------------|
| | | | | Ja | Nee |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. 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 er mee instem dat mijn zorgverzekeraar contact opneemt met de indicerende verpleegkundige, mijn huisarts en/of mijn medisch specialist om mijn (medische) gegevens omtrent deze aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en/of verzorging in te zien.
- 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 pgb vv
- dat ik mijn vertegenwoordiger toestemming geef om samen met mij 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 <zorgverzekeraar> 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 <zorgverzekeraar>

Datum

Naam verzekerde of (wettelijke) vertegenwoordiger

Handtekening verzekerde of (wettelijke) vertegenwoordiger*

Handtekening (wettelijke) vertegenwoordiger**

* Als het van toepassing is

** Is er een minderjarige budgethouder? En hebben beide ouders ouderlijk gezag? Dan moet een 2e 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:

- 1 Verpleegkundige deel (deel 1).
- 2 Verzekerde deel (deel 2).
- 3 Verklaring arts dat er sprake is van Palliatief Terminale Zorg (indien van toepassing).
- 4 Indiciestelling medisch specialist dat er sprake is van Medisch Specialistische Zorg (indien van toepassing).
- 5 Kopie anamnese (onderdeel van het zorgplan) uit het Elektronische Cliëntendossier als daartoe toestemming is verleend.
Om uw aanvraag te bespoedigen heeft dit onze voorkeur.
- 6 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.