

Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget deel 2 verpleging en verzorging (PGB vv)



DEEL 2: Verzekerde deel

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. 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
BSN
Telefoonnummer
Relatie tot verzekerde

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

Naam organisatie
KvK nummer organisatie
Postcode en plaats
Contactpersoon
Telefoonnummer

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

4. Reden van de pgb aanvraag

Wat is de reden van uw aanvraag ?

- Ik vraag voor het eerst een pgb aan
- Ik vraag een pgb aan omdat mijn indicatie afloopt (U hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)
- Ik verander van zorgaanbieder(s) (U hoeft het verpleegkundige deel 1 van het Aanvraagformulier pgb vv niet opnieuw aan de verzekeraar te verzenden en u hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)
- De aard, omvang of duur van mijn zorgvraag is gewijzigd (U hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)

5. Gegevens medisch specialist

Naam medisch specialist

Specialisme

Telefoonnummer

Adres

Postcode en plaats

6. Waarom wilt u een pgb?

Hieronder dient u toe te lichten:

- waarom u een pgb wilt voor verpleging en/of verzorging.
- of u heeft onderzocht of een gecontracteerde zorgaanbieder kan voorzien in uw volledige zorgbehoefte. Als dit niet mogelijk is, licht u toe waarom.

--

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 *
			<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 zorgaanbieder een bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad is;
- er sprake is van een arbeidsovereenkomst met een zorgaanbieder die niet BIG geregistreerd als verpleegkundige niveau 4 of niveau 5.

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 MSVT	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
				<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
 Ja, namelijk op (DD-MM-JJJJ)

Beschrijf hieronder waarvoor u zorg gaat ontvangen

Bij persoonlijke verzorging:

Bij verpleging:

Bij MSVT voor kind tot 18 jaar:

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

Bij persoonlijke verzorging:

Bij verpleging:

Bij MSVT voor kind tot 18 jaar:

9. Ondertekening

Ik verklaar:

- dat ik instem met het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging van mijn zorgverzekeraar.
- 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.
- dat ik op de hoogte ben van de aan verzekerde gestelde verantwoordelijkheden zoals opgenomen in het Reglement pgb vv.
- dat ik alle gegevens naar waarheid heb ingevuld.

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:

- verpleegkundig deel (deel 1)
- verzekerde deel (deel 2)

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.