

Wijzigingsformulier pgb vv uit de ZVW

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

1. Gegevens budgethouder

Relatienummer verzekeraar

Naam verzekerde

Geslacht ☐ Man ☐ Vrouw

Geboortedatum (dd-mm-jjjj)

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 (vul vraag 3 en 7 in)
- ☐ Wijzigen zorgverlener(s) (vul vraag 4 en 7 in)
- ☐ Opname budgethouder in ziekenhuis of een andere zorginstelling langer dan 2 maanden (vul vraag 5 en 7 in)
- ☐ Beëindiging Persoonsgebonden Budget (vul vraag 6 en 7 in)

3. (Adres)wijziging wettelijke vertegenwoordiger

Ingangsdatum (adres)wijziging

Nieuwe gegevens

Voorletter(s)

Tussenvoegsel(s)

Achternaam

Straat

Huisnummer

Toevoeging

Postcode

Woonplaats

Telefoonnummer

Emailadres

Geslacht ☐ Man ☐ Vrouw

Geboortedatum (dd-mm-jjjj)

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 benoemd tot bewindvoerder, mentor of curator.

Stuur een kopie van de uitspraak van de rechtbank mee. Dit formulier wordt ondertekend door de bewindvoerder en/of mentor en verzekerde, of curator.

4. Wijziging zorgverlener(s)

Benoem alle huidige zorgverleners. Dus niet alleen de nieuwe zorgverlener(s), maar ook de zorgverlener(s) die u al had. Zo zien wij duidelijk wat er verandert.

Naam	Geboortedatum dd-mm-jjjj	Postcode en huisnummer	Plaats	Bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad?	AGB-code ¹
				Ja ☐ Nee ☐	
				Ja ☐ Nee ☐	
				Ja ☐ Nee ☐	
				Ja ☐ Nee ☐	
				Ja ☐ Nee ☐	
				Ja ☐ Nee ☐	
				Ja ☐ Nee ☐	
				Ja ☐ Nee ☐	
				Ja ☐ Nee ☐	
				Ja ☐ Nee ☐	

¹ Zie het reglement Zvw-pgb, artikel 7. Bij inzet van een formele zorgverlener controleert u ook of deze persoon het juiste diploma heeft.

4.1. 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 moet overeenkomen met de toegekende uren uit de toekenningsbrief.

Naam zorgverlener	Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging	Aantal uren/minuten per week verpleging
Totaal uren/minuten		

4.2. Wanneer wilt u de wijziging in laten gaan?

Ik wil mijn wijziging in laten gaan op:

5. 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

6. 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
- ☐ Het CIZ u een indicatie heeft toegekend voor de Wet langdurige zorg
(stuur in dit geval een kopie van uw CIZ toekenningsbrief mee als bijlage)
- ☐ Een andere reden, namelijk

b) Per welke datum wilt u het PGB beëindigen?

--	--	--

7. Ondertekening

☐ Budgethouder

☐ Ouder 1

☐ Voogd

☐ Curator

☐ mentor/bewindvoerder

☐ Ouder 2

Naam:

--

--

Datum:

--	--	--

--	--	--

Plaats:

--

--

Handtekening:

--

--

U kunt dit volledig ingevulde formulier versturen naar:

Postbus 25150, 5600 RS Eindhoven