

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

DEEL 2: Verzekerde deel aanvraag Zvw-pgb 2022

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

N.B. het is belangrijk dat u de inhoud van het reglement Zvw-pgb 2022 kent.

Dit reglement is beschikbaar op onze website via <https://www.pzp.nl/vergoedingen/pgb-verpleging-en-verzorging>.



1 Gegevens verzekerde (voor wie is het pgb bedoeld)

Achternaam _____
Voorletters _____ man vrouw
Geboortedatum _____
BSN _____
Telefoonnummer _____
E-mailadres _____
Relatienummer verzekeraar _____
Naam en telefoonnummer huisarts _____

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 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 (wettelijke) vertegenwoordiger:

Achternaam _____
Voorletters _____
Adres _____
Postcode en woonplaats _____
Geboortedatum _____
Telefoonnummer _____
Relatie tot verzekerde _____

Gegevens van uw bewindvoerder, als de bewindvoerder 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.

3 Reden van de pgb aanvraag

Wat is de reden van uw aanvraag?

- Ik heb voor het eerst wijkverpleging nodig en vraag daarvoor een pgb aan
- Ik ontvang reeds verzorging/verpleging maar wil hiervoor geheel of gedeeltelijk overstappen naar een Zvw-rgb
- Ik ontvang reeds een Zvw-rgb en mijn indicatie loopt af (U hoeft onderdeel 5 niet in te vullen)
- Ik verander van zorgaanbieder(s) (U hoeft het verpleegkundige deel 1 van het Aanvraagformulier Zvw-rgb niet opnieuw aan de verzekeraar te verzenden)
- Ik ontvang reeds een Zvw-rgb en mijn zorgbehoefte is gewijzigd

4 Gecontracteerde aanbieder

Ontving u voorafgaand aan de aanvraag wijkverpleging zorg van een gecontracteerde zorgaanbieder?

- Nee
- Ja, van:

5 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.

6 Door wie wordt de zorg nu verleend en/of wie gaat de zorg verlenen?

Beschrijf welke hulp er al (vrijwillig) aan u verleend wordt en welke hulp er (vrijwillig) verleend zal worden, zoals:

- zorg die ouders verlenen aan hun kind of kinderen aan hun ouders;
- zorg die door het eigen cliëntnetwerk verleend wordt;
- overname van zorg vanuit het Zvw-rgb;
- overname van zorg vanuit ZiN;
- de uitvoering van mogelijke voorbehouden en/of risicovolle handelingen vanuit het Zvw-rgb;
- de borging van de kwaliteit van de zorg.

7 Bij welke zorgaanbieders wilt u de zorg inkopen?

Naam	Geboortedatum	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	

8 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 onder punt 6. Indicatiestelling van het aanvraagformulier.

Naam zorgverlener	Formele of informele zorg	Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging	Aantal uren/minuten per week verpleging	Aangeven wat van toepassing is
				<input type="checkbox"/> PGB <input type="checkbox"/> ZIN
				<input type="checkbox"/> PGB <input type="checkbox"/> ZIN
				<input type="checkbox"/> PGB <input type="checkbox"/> ZIN
				<input type="checkbox"/> PGB <input type="checkbox"/> ZIN
				<input type="checkbox"/> PGB <input type="checkbox"/> ZIN
				<input type="checkbox"/> PGB <input type="checkbox"/> ZIN
				<input type="checkbox"/> PGB <input type="checkbox"/> ZIN
				<input type="checkbox"/> PGB <input type="checkbox"/> ZIN
				<input type="checkbox"/> PGB <input type="checkbox"/> ZIN
Totaal uren/minuten				

Zie reglement, artikel 7.2.3 en 7.2.4 met toelichting definitie informele/formele zorgverlener.

Wanneer wilt u uw pgb in laten gaan?

- Zo spoedig mogelijk²
 Ik wil mijn pgb in laten gaan op _____ - _____ (DD-MM-JJJ)³

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 volledig ingevulde en ondertekende aanvraag (zowel deel 1 als deel 2) en het zorgplan heeft ontvangen.

³ Deze datum kan niet vallen voor de ondertekendatum van aanvraag deel 1 en aanvraag deel 2 en daarnaast moet de aanvraag vóór deze ingangsdatum volledig ingevuld en ondertekend bij de verzekeraar ontvangen zijn.

9

Wat stuurt u met deze aanvraag mee?

Bij deze aanvraag dient meegestuurd te worden:

- 1 Verpleegkundige deel (deel 1)
- 2 Dit formulier zijnde, verzekerde deel (deel 2)
- 3 Het actuele zorgplan (ondertekend door u en de wijkverpleegkundige)
- 4 Kopie van de brief ('beschikking') van de rechtbank of van de notariële akte als u voogd, curator, mentor, bewindvoerder of door de notaris gemachtigde vertegenwoordiger bent. Dit is niet nodig als u de ouder en daarmee de wettelijke vertegenwoordiger bent van een kind jonger dan 18 jaar, dan volstaat een kopie van een geldig identiteitsbewijs.
- 5 Verklaring van een arts dat er sprake is van Palliatief Terminale Zorg (indien van toepassing)

10

Ondertekening

Ik verklaar:

- dat ik instem met het Reglement Zvw-pgb 2022 van mijn zorgverzekeraar;
- dat ik toestemming geef om het zorgplan mee te sturen met de aanvraag;
- dat de vastgestelde zorgbehoefte in het verpleegkundige deel (aanvraagformulier deel 1) 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 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 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 2022;
- dat ik mijn vertegenwoordiger toestemming geef om een Bewuste-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 PZP belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van dit formulier ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt;
- ik wijzigingen in mijn zorgvraag of andere wijzigingen die van invloed zouden kunnen zijn op de akkoordverklaring per direct maar uiterlijk binnen 4 weken kenbaar maak aan PZP, in de vorm van een nieuwe aanvraag;
- ik op de hoogte ben van de door de zorgverzekeraar toegekende einddatum van mijn akkoordverklaring en dat ik, indien nodig, uiterlijk binnen 6 weken voor het einde van de lopende akkoordverklaring een nieuwe aanvraag doe. U ontvangt hierover geen herinnering meer vanuit uw zorgverzekeraar.

Toestemming

Ik stem ermee in dat PZP contact opneemt met de indicerende wijkverpleegkundige, mijn huisarts en/of mijn medisch specialist(en) over mijn (medische) situatie als dit voor PZP noodzakelijk is voor een zorgvuldige beoordeling van deze aanvraag (u mag deze toestemming op elk moment weer intrekken);

Ja Nee

Deze toestemming kan noodzakelijk zijn voor de beoordeling van uw aanvraag.

Datum: _____

Naam verzekerde of (wettelijke) vertegenwoordiger⁷ _____

Handtekening verzekerde of (wettelijke) vertegenwoordiger⁸ _____

Handtekening wettelijke vertegenwoordiger⁹ _____

⁴ Vertegenwoordiger: Stuur kopie identiteitsbewijs mee
Wettelijke vertegenwoordiger: stuur kopie beschikking rechtbank mee

⁵ Indien van toepassing

⁶ Is de budgethouder minderjarig? En hebben beide ouders ouderlijk gezag? Dan moet een 2e wettelijke vertegenwoordiger ook ondertekenen.