

Pgb verpleging en verzorging (Zvw-rgb)

Met dit formulier kunt u diverse wijzigingen met betrekking tot uw persoonsgebonden budget (rgb) uit de Zorgverzekeringswet (Zvw-rgb) aan ons doorgeven.



Verzekerdengegevens

Nummer op akkoordverklaring: _____
Relatienummer: _____
Voorletters: _____ Tussenvoegsel: _____ Achternaam: _____
Geboortedatum: _____ de heer mevrouw
Adres: _____
Postcode: _____ Woonplaats: _____
Telefoonnummer 1: _____ Telefoonnummer 2: _____
E-mail: _____

1. 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 2 en 6 in).
- Opname budgethouder in ziekenhuis of een andere zorginstelling langer dan 2 maanden (vul vraag 3 en 6 in).
- Beëindiging persoonsgebonden budget (vul vraag 4 en 6 in).
- Wijziging in de urenverhouding pgb/ZIN (Zorg in Natura) (vul vraag 5 en 6 in).

2. (Adres)wijziging wettelijke vertegenwoordiger of gemachtigde

Ingangsdatum (adres)wijziging: _____

Nieuwe gegevens

Voorletters: _____ Tussenvoegsel: _____ Achternaam: _____
Geboortedatum: _____ de heer mevrouw
Adres: _____
Postcode: _____ Woonplaats: _____
Telefoonnummer: _____
E-mail: _____

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 (wettelijke vertegenwoordiger).

Aanvullende stukken

Betreft het een wijziging van wettelijke vertegenwoordiger of gemachtigde? Dan hebben wij voor het verwerken van uw wijziging een kopie legitimatiebewijs van de budgethouder, gemachtigde of diens wettelijke vertegenwoordiger nodig.

3. Opname

Als u langer dan twee maanden opgenomen bent in het ziekenhuis of een andere zorginstelling beëindigen wij uw persoonsgebonden budget (pgb).

Opnamedatum: _____
Naam ziekenhuis/
zorginstelling: _____
Plaatsnaam: _____

4. Beëindiging persoonsgebonden budget

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 voortgezet in Zorg in Natura.

Een andere reden, namelijk: _____

Per welke datum wilt u het pgb beëindigen?¹ _____

5. Wijziging in de urenverhouding

Het totaal aantal uren dat ingekocht wordt met een persoonsgebonden budget (pgb) en/of voor de PZP gecontracteerde zorgverlener, mag niet boven de door verpleegkundige geïndiceerde uren uitkomen. Het aantal geïndiceerde uren vindt u terug op het verpleegkundige deel (deel 1) van het aanvraagformulier.

Vul in onderstaand schema in welke zorg u van uw zorgverlener(s) wilt inkopen.

Naam	Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging	Aantal uren/minuten per week verpleging	pgb/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
			<input type="checkbox"/> pgb <input type="checkbox"/> ZIN
Totaal uren/minuten			



6. Ondertekening

Budgethouder (verzekerde)

Ouder 1

Voogd

Curator

Bewindvoerder

Gemachtigde

Ouder 2

Naam: _____

Naam: _____

Datum: _____

Datum: _____

Plaats: _____

Plaats: _____

Handtekening: _____

Handtekening: _____

¹Bij overlijden is dit een dag na het overlijden.



U kunt dit volledig ingevulde formulier sturen naar mbz@pzp.nl of per post: PZP, Medische beoordelingen PZP, Postbus 4322, 5004 JH Tilburg. Hebt u vragen? Dan kunt u contact opnemen met de afdeling Medische beoordelingen PZP, telefoonnummer (013) 594 97 27.