

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.

Gegevens budgethouder

| | | | |
|--|---|----------------------|----------------------|
| Achternaam | Voorletter(s) | Tussenvoegsel(s) | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Straat | Huisnummer | Toevoeging | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Postcode | Woonplaats | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Geboortedatum (dd-mm-jjjj) | Geslacht | Telefoonnummer | Klantnummer |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> Man <input type="radio"/> Vrouw | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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

(Adres)wijziging wettelijke vertegenwoordiger

Ingangsdatum (adres)wijziging

Nieuwe gegevens

| | | |
|--|---|----------------------|
| Achternaam | Voorletter(s) | Tussenvoegsel(s) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Straat | Huisnummer | Toevoeging |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Postcode | Woonplaats | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Geboortedatum (dd-mm-jjjj) | Geslacht | Telefoonnummer |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> Man <input type="radio"/> Vrouw | <input type="text"/> |

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.

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

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?

Ondertekening

Budgethouder

Ouder 1

Voogd

Curator

Datum

Naam

Plaats

Handtekening

Mentor / Bewindvoerder

Ouder 2

Datum

Naam

Plaats

Handtekening

U kunt dit volledig ingevulde formulier versturen naar: Postbus 25150, 5600 RS Eindhoven