

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

Achternaam	Voorletter(s)	Tussenvoegsel(s)	
Straat	Huisnummer	Toevoeging	
Postcode	Woonplaats		
Geboortedatum (dd-mm-jjjj)	Geslacht	Telefoonnummer	Klantnummer
	Man Vrouw		

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

Achternaam	Voorletter(s)	Tussenvoegsel(s)	
Straat	Huisnummer	Toevoeging	
Postcode	Woonplaats		
Geboortedatum (dd-mm-jjjj)	Geslacht	Telefoonnummer	
	Man Vrouw		

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	

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

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

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	Mentor / Bewindvoerder
Curator	Ouder 2
Datum	Datum
Naam	Naam
Plaats	Plaats
Handtekening	Handtekening

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