

Deel 2: Verzekerde deel aanvraag 2021

Dit deel wordt door de verzekerde of een (wettelijk) vertegenwoordiger ingevuld¹.

Wij verzoeken u voor het invullen het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging te raadplegen. Dit reglement is beschikbaar op onze website, maar u kunt het ook bij ons opvragen.

1. Gegevens verzekerde (voor wie is het pgb bedoeld)

| | | |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Achternaam: | <input type="text"/> | |
| Voorletters: | <input type="text"/> | M/V: <input type="text"/> |
| Geboortedatum: | <input type="text"/> | |
| BSN: | <input type="text"/> | |
| Telefoonnummer: | <input type="text"/> | |
| E-mail: | <input type="text"/> | |
| Relatienummer verzekeraar: | <input type="text"/> | |

2. Een (wettelijk) vertegenwoordiger

Een **wettelijk 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 wettelijk vertegenwoordiger voldoet.

| Heeft u een (wettelijk) vertegenwoordiger? | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Ja, namelijk wettelijk vertegenwoordiger, vul gegevens hieronder in |
| <input type="checkbox"/> | Ja, namelijk vertegenwoordiger, vul gegevens hieronder in |
| <input type="checkbox"/> | Nee |

| Gegevens van uw (wettelijk) vertegenwoordiger: | |
|--|----------------------|
| Achternaam: | <input type="text"/> |
| Voorletters: | <input type="text"/> |
| Adres: | <input type="text"/> |
| Postcode en plaats: | <input type="text"/> |
| Geboortedatum: | <input type="text"/> |
| Telefoonnummer: | <input type="text"/> |
| Relatie tot verzekerde: | <input type="text"/> |

| Gegevens van uw bewindvoerder, als de bewindvoerder een organisatie is: | |
|---|----------------------|
| Naam organisatie: | <input type="text"/> |
| KVK nummer organisatie: | <input type="text"/> |
| Postcode en plaats: | <input type="text"/> |
| Contactpersoon: | <input type="text"/> |
| Telefoonnummer: | <input type="text"/> |

¹ Indien u te weinig ruimte heeft, kunt u een extra bladzijde toevoegen.

3. Reden van de pgb aanvraag

Wat is de reden van de aanvraag?

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Ik heb voor het eerst verzorging/verpleging (wijkverpleging) nodig en vraag daarvoor een pgb aan |
| <input type="checkbox"/> | Ik ontvang reeds verzorging/verpleging (wijkverpleging) maar wil hiervoor geheel of gedeeltelijk overstappen naar een Zvw-rgb |
| <input type="checkbox"/> | Ik ontvang reeds een Zvw-rgb en wil gedeeltelijk gebruik gaan maken van Zorg in Natura <i>(u hoeft onderdeel 5 niet in te vullen)</i> |
| <input type="checkbox"/> | Ik ontvang reeds een Zvw-rgb en mijn indicatie loopt af <i>(u hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)</i> |
| <input type="checkbox"/> | Ik verander van zorgaanbieder(s) <i>(u hoeft het verpleegkundige deel 1 van het Aanvraagformulier Zvw-rgb niet opnieuw aan de verzekeraar te sturen en u hoeft onderdeel 5 niet in te vullen)</i> |
| <input type="checkbox"/> | Ik ontvang reeds een Zvw-rgb en mijn zorgbehoefte is gewijzigd <i>(u hoeft onderdeel 5 niet in te vullen)</i> |

4. Gecontracteerde aanbieder

Ontving u voor de aanvraag wijkverpleging van een gecontracteerde aanbieder?

| | |
|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Nee |
| <input type="checkbox"/> | 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 zorg er al (vrijwillig) verleend wordt en welke zorg 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 zorgaanbieder wilt u de zorg inkopen?

Vul in onderstaand schema in bij welke zorgaanbieders u de zorg wilt inkopen. De verpleegkundige heeft uw gemiddelde zorgbehoefte per week aangegeven in deel 1. Dit gebruikt u als basis.

| Naam | Postcode en huisnummer | Plaats | Bloed- of aanverwante in de 1 ^e of 2 ^e 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 | |
| | | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee | |

* U hoeft geen AGB-code in te vullen:

- als uw zorgaanbieder uw partner is of een bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad
of
- als er sprake is van een arbeidsovereenkomst met een zorgverlener (die niet beschikt over een BIG-registratie verpleegkundige niveau 4 of 5)
of
- als uw zorgaanbieder niet als zorgverlenende instantie (SBI 86-87-88) staat ingeschreven in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel.

Voor alle overige zorgaanbieders vult u een AGB-code in. De AGB-code kunt u bij uw zorgaanbieder opvragen. Beschikt uw zorgaanbieder er niet over, dan kan uw zorgaanbieder deze mogelijk bij Vektis opvragen. Zie daarvoor www.agbcode.nl.

8. Welke afspraken maakt u met uw zorgverlener?

Vul in onderstaand schema in welke zorg u bij uw zorgverleners(s) wilt inkopen, gericht op het pgb. De totale tijd die u verdeelt over uw zorgverleners moet overeenkomen met de indicatie die de wijkverpleegkundige/kinderverpleegkundige gesteld heeft op deel 1 van het aanvraagformulier.

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

In bovenstaande tabel heeft u weergegeven welke afspraken u maakt met uw zorgverleners, gericht op het pgb. Maakt u, of zijn er naast deze pgb afspraken, ook afspraken met Zorg in Natura aanbieders?

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Ja, namelijk (naam zorgaanbieder en omschrijving zorgafspraken): |
| <input type="checkbox"/> | Nee |

Wanneer wilt u uw PGB in laten gaan?

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Zo spoedig mogelijk ² |
| <input type="checkbox"/> | Ik wil mijn PGB in laten gaan op _____ - _____ - _____ (DD-MM-JJ) |

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 volledige, ondertekende aanvraag heeft ontvangen.

9. Ondertekening

Ik verklaar:

- dat ik instem met het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2021 van mijn zorgverzekeraar;
- dat ik toestemming geef om de anamnese en eventueel het zorgplan mee te sturen met de aanvraag;
- dat de vastgestelde zorgbehoefte in het verpleegkundige deel 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 er mee instem dat mijn zorgverzekeraar contact opneemt met de indicerende verpleegkundige, mijn huisarts en/of mijn medisch specialist om mijn (medische) gegevens omtrent deze aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en/of verzorging in te zien;
- dat ik in staat ben op eigen kracht of met hulp van de (wettelijk) 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 (wettelijk) 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;
- dat ik mijn vertegenwoordiger toestemming geef om een Bewust 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 de zorgverzekeraar belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van dit formulier ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt.
- dat ik alle wijzigingen die van invloed kunnen zijn op het pgb doorgeef aan de zorgverzekeraar.

| Ondertekening | |
|---|--|
| Datum: | |
| Naam verzekerde of wettelijk vertegenwoordiger ³ : | |
| Handtekening verzekerde of wettelijk vertegenwoordiger: | |
| Handtekening wettelijk vertegenwoordiger ⁴ : | |

³ Vertegenwoordiger: stuur kopie identiteitsbewijs mee
Wettelijk vertegenwoordiger: stuur kopie beschikking rechtbank mee

⁴ Is de budgethouder minderjarig? En hebben beide ouders gezag? Dan moet er een 2^e wettelijk vertegenwoordiger ook ondertekenen.

Wat stuurt u met deze aanvraag mee:

| Bij deze aanvraag dient meegestuurd te worden: | |
|--|--|
| 1. | Verklaring arts dat er sprake is van terminale zorg (indien van toepassing). |
| 2. | Verpleegkundige deel (deel 1). |
| 3. | Verzekerde deel (deel 2). |
| 4. | Kopie anamnese en zorgplan uit het Elektronische Cliëntendossier als daartoe toestemming is verleend. Om uw aanvraag te bespoedigen heeft dit onze voorkeur. |
| 5. | Kopie van de uitspraak van de rechtbank met betrekking tot vertegenwoordiging (indien van toepassing). |

Als u voogd, curator, mentor, bewindvoerder of door de notaris gemachtigde vertegenwoordiger bent, stuurt u een kopie mee van de brief ('beschikking') van de rechtbank of van de notariële akte. Dat is belangrijk, omdat wij uw aanvraag anders niet kunnen behandelen.

Dit is niet nodig als u de ouder en daarmee de wettelijk vertegenwoordiger bent van een kind jonger dan 18 jaar, dan volstaat een kopie van een geldig identiteitsbewijs.