

**AANVRAAGFORMULIER
PERSOONSgebonden BUDGET DEEL 2
VERPLEGING EN VERZORGING (ZVW PGB)****DEEL 2: Verzekerde deel aanvraag 2018**

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

Wij verzoeken u voor het invullen het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging te raadplegen.

Dit reglement is beschikbaar op onze website. Op onze website vindt u ook antwoorden op veel gestelde vragen over het pgb.

**1. Zorgverzekeraar**

Zorgverzekeraar:

**2. Gegevens verzekerde**

Achternaam:

Voorletters:

Geboortedatum:

BSN:

Relatienummer verzekerde:

E-mail verzekerde:

**3. 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 op volgende pagina in

Ja, namelijk vertegenwoordiger, vul gegevens op volgende pagina in

Nee

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



Gegevens van uw (wettelijke) vertegenwoordiger:

Achternaam:
Voorletters:
Adres:
Postcode en plaats:
Geboortedatum:
BSN:
Telefoonnummer:
Relatienummer verzekerde:

Gegevens van uw bewindvoerder, in het geval dit een organisatie is:

Naam organisatie:
KvK nummer organisatie:
Postcode en plaats:
Contactpersoon:
Telefoonnummer:



4. 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 wijkverpleging maar wil geheel of gedeeltelijk gaan voorzien in de zorg in een vorm van een pgb)
- Ik vraag een pgb aan omdat mijn indicatie afloopt (U hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)
- Ik verander van zorgaanbieder(s) (U hoeft het verpleegkundige deel 1 van het Aanvraagformulier Zvw pgb niet opnieuw aan de verzekeraar te verzenden en u hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)
- Ik heb een nieuwe indicatie omdat mijn zorgbehoefte is gewijzigd (U hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)

5. Gecontracteerde aanbieder



Ontving u voor de aanvraag wijkverpleging van een gecontracteerde aanbieder?

- Nee
- Ja, van:





6. 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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



7. Bij welke zorgaanbieders wilt u de zorg inkopen?

Vult u hier in welke zorg u van uw zorgverleners krijgt. De verpleegkundige heeft uw gemiddelde zorgbehoefte aangegeven in deel 1. Dit gebruikt u als basis.

Vul in onderstaand schema in bij welke zorgaanbieders u de zorg wil inkopen.

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	

* U hoeft geen AGB code in te vullen als uw zorgverlener:

- een partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad is en/of;
- niet is ingeschreven als verpleegkundige (niveau 4 of 5) in het register, bedoeld in art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
- geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86,87 of 88 staan geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelregister

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 bij Vektis opvragen. Zie daarvoor www.agbcode.nl





8. Welke afspraken maakt u met uw zorgverlener?

Het totaal aantal uren dat ingekocht wordt met een Persoonsgebonden Budget (PGB) en/of door uw zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder mag niet boven de door verpleegkundige aangegeven gemiddelde zorgbehoefte op het verpleegkundige deel 1 van het aanvraagformulier uitkomen.

Vult u hier in welke zorg u van uw zorgverleners krijgt. De verpleegkundige heeft uw gemiddelde zorgbehoefte aangegeven in deel 1. Dit gebruikt u als basis.

Vul in onderstaand schema in welke zorg u van uw zorgaanbieder(s) wil inkopen.

Naam	Aantal uren / minuten per week persoonlijke verzorging	Aantal uren / minuten per week verpleging	Zorg in Natura (ZIN)	PGB
			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
Totaal uren/minuten				

Wanneer wilt u uw PGB in laten gaan?

Direct²

Ja, namelijk op datum (DD-MM-JJJJ)

Beschrijf hoe u uw zorg wilt regelen?

Bij persoonlijke verzorging:

.....

.....

.....

Bij verpleging:

.....

.....

.....

² Het PGB gaat in op de datum dat de verzekeraar de volledige, ondertekende aanvraag heeft ontvangen





Geef aan van wie u zorg krijgt als uw zorgaanbieders afwezig zijn vanwege ziekte en/of vakantie.

Bij persoonlijke verzorging:

.....
.....

Bij verpleging:

.....
.....
.....



9. Welke afspraken maakt u met uw zorgverlener?

Ik verklaar:

- dat ik instem met het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging van mijn zorgverzekeraar;
- dat ik toestemming geef om de anamnese (onderdeel van 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 (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 kunnen 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;
- ik verklaar 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 Delta Lloyd 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 Delta Lloyd.



Datum:

Naam verzekerde of
(wettelijke) vertegenwoordiger:

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

Handtekening verzekerde of
(wettelijke) vertegenwoordiger*:

Is er sprake van een ongeval of mishandeling?

- Ja
 Nee



Wat stuurt u met deze aanvraag mee?

U dient de complete set voor uw aanvraag naar uw zorgverzekeraar te sturen, bestaande uit:

- verpleegkundig deel (deel 1)
- verzekerde deel (deel 2)
- verklaring arts dat er sprake is van Palliatief Terminale Zorg (indien van toepassing)
- kopie anamnese (onderdeel van het zorgplan) uit het Elektronische Cliëntendossier als daartoe toestemming is verleend.

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.

* Als het van toepassing is

** Is er een minderjarige budgethouder? En hebben beide ouders ouderlijk gezag? Dan moet een 2e wettelijke vertegenwoordiger ook ondertekenen.