

Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget deel 2 verpleging en verzorging (Zvw-pgb)

a.s.r.
Postbus 2072
3500 HB Utrecht

DEEL 2: Verzekerde deel aanvraag Zvw-pgb 2021

Dit deel wordt door de verzekerde of een (wettelijke) vertegenwoordiger ingevuld.¹

Wij verzoeken u voor het invullen het Reglement Zvw-pgb 2021 te raadplegen.
Dit reglement is beschikbaar op onze website, maar u kunt het ook bij ons opvragen.

1. Gegevens verzekerde

Achternaam	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> vrouw
Voorletters	<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"/>	
Naam en telefoonnummer huisarts	<input type="text"/>	

2. 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 hieronder in
 ja, namelijk vertegenwoordiger, vul gegevens hieronder in
 nee

Gegevens van uw (wettelijke) vertegenwoordiger

Achternaam	<input type="text"/>
Voorletters	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>
Postcode en woonplaats	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>
Relatie tot verzekerde	<input type="text"/>

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

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"/>

3. Reden van de pgb aanvraag

- Ik heb voor het eerst wijkverpleging nodig en vraag daarvoor een pgb aan
- Ik ontvang reeds verzorging/verpleging maar wil hiervoor geheel of gedeeltelijk overstappen naar een Zw-pgb
- Ik ontvang reeds een Zw-pgb en mijn indicatie loopt af *(U hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)*
- Ik verander van zorgaanbieder(s) *(U hoeft het verpleegkundige deel 1 van het Aanvraagformulier Zw-pgb niet opnieuw aan de verzekeraar te verzenden en u hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)*
- Ik ontvang reeds een Zw-pgb en mijn zorgbehoefte is gewijzigd *(U hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)*
- Ik ben overgestapt van verzekeraar

4. Gecontracteerde aanbieder

Ontving u voor deze aanvraag wijkverpleging van een gecontracteerde aanbieder?

nee

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 Zw-pgb;
- overname van zorg vanuit ZiN;
- de uitvoering van mogelijke voorbehouden en/of risicovolle handelingen vanuit het Zw-pgb;
- de borging van de kwaliteit van de zorg.

7. Bij welke zorgaanbieders wilt u de zorg inkopen?

Naam	Postcode en huisnummer	Plaats	Bloed of aanverwante in de 1 ^e of 2 ^e graad	AGB-code ²
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>

1 Zie bijlage met toelichting definitie informele/formele zorgverlener.

2 U hoeft geen AGB-code of KvK nummer in te vullen:

als uw zorgaanbieder uw partner is of een bloed- of aanverwant 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 zorg verlenende instantie (SBI 86-87-88) staat ingeschreven in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel.

8. 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 over uw zorgverleners moet overeenkomen met de indicatie die de wijkverpleegkundige gesteld heeft in deel 1 van het aanvraagformulier.

Naam zorgverlener	Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging		Aantal uren/minuten per week verpleging	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Totaal uren/minuten	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

In de vorige 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?

ja, namelijk (naam zorgaanbieder en omschrijving zorgafspraken):

nee

² 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

Wanneer wilt u uw PGB in laten gaan?

Zo spoedig mogelijk³

Ik wil mijn pgb in laten gaan op (DD-MM-JJJJ)⁴

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

Bij persoonlijke verzorging:

Bij verpleging:

9. Wat stuurt u met deze aanvraag mee?

Bij deze aanvraag dient meegestuurd te worden:

- 1 Verpleegkundige deel (deel 1)
- 2 Verzekerde deel (deel 2)
- 3 Verklaring arts dat er sprake is van Palliatief Terminale Zorg (indien van toepassing).
- 4 Kopie anamnese (onderdeel van het 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 m.b.t. 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 wettelijke vertegenwoordiger bent van een kind jonger dan 18 jaar, dan volstaat een kopie van een geldig identiteitsbewijs.

³ Het pgb gaat in op de datum dat de verzekeraar de volledig ingevulde en ondertekende aanvraag (zowel deel 1 als deel 2) heeft ontvangen en beoordeeld

⁴ Deze datum kan niet vallen voor de onderteken datum van aanvraag deel 1 en aanvraag deel 2 en daarnaast moet de aanvraag vóór deze ingangsdatum volledig ingevuld en ondertekend bij de verzekeraar binnen zijn.

10. Ondertekening

Ik verklaar:

- dat ik instem met het Reglement Zvw-pgb 2021 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 (aanvraagformulier deel 1) 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 maken ten aanzien van werk-geverschap, 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 2021;
- dat ik mijn vertegenwoordiger toestemming geef om een Bewuste-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 a.s.r. 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 a.s.r.

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Naam verzekerde of wettelijke vertegenwoordiger⁵

--

Handtekening verzekerde of wettelijke vertegenwoordiger⁶

--

Handtekening wettelijke vertegenwoordiger⁷

--

⁵ Vertegenwoordiger: Stuur kopie identiteitsbewijs mee
Wettelijke vertegenwoordiger: stuur kopie beschikking rechtbank mee

⁶ Indien van toepassing

⁷ Is de budgethouder minderjarig? En hebben beide ouders ouderlijk gezag? Dan moet een 2^e wettelijke vertegenwoordiger ook ondertekenen.