

Met dit formulier kunt u diverse wijzigingen met betrekking tot uw persoonsgebonden budget (PGB) uit de zorgverzekeringswet (Zvw-pgb) aan ons doorgeven.

## 1 Gegevens budgethouder

Nummer op akkoordverklaring: \_\_\_\_\_  
Naam verzekerde: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
Relatienummer verzekerde: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer: \_\_\_\_\_  
E-mailadres: \_\_\_\_\_

## 2 Soort wijziging

Kruis aan welke wijziging u wilt doorgeven. Achter de wijziging staat vermeld welke vragen u moet invullen.

- (Adres)wijziging wettelijke vertegenwoordiger of gemachtigde (vul vraag 3 en 7 in)
- Opname budgethouder in ziekenhuis of een andere zorginstelling langer dan 2 maanden (vul vraag 4 en 7 in)
- Beëindiging Persoonsgebonden Budget (vul vraag 5 en 7 in)

## 3 (Adres)wijziging wettelijke vertegenwoordiger of gemachtigde

Ingangsdatum (adres)wijziging: \_\_\_\_\_

### Nieuwe gegevens

Voorletter(s), voorvoegsel(s), achternaam: \_\_\_\_\_  
Straatnaam, huisnummer: \_\_\_\_\_  
Postcode, plaatsnaam: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer: \_\_\_\_\_  
E-mailadres: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Geslacht:  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 gemachtigd door de budgethouder. Dit formulier wordt ondertekend door de budgethouder én de gemachtigde.
- Ik ben benoemd tot bewindvoerder of curator. Stuur een kopie van de uitspraak van de rechtbank mee. Dit formulier wordt ondertekend door de bewindvoerder of curator (wettelijke vertegenwoordiger).
- Wijziging in de urenverhouding PGB/ZIN (zorg in natura) (vul vraag 6 en 7 in)

Aanvullende stukken Betreft het een wijziging wettelijk vertegenwoordiger of gemachtigde dan hebben wij voor het verwerken van uw wijziging een kopie legitimatiebewijs budgethouder, gemachtigde of diens wettelijke vertegenwoordiger van u nodig.

## 4 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: \_\_\_\_\_

## 5 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

Een andere reden, namelijk \_\_\_\_\_

b) Per welke datum\* wilt u het PGB beëindigen? \_\_\_\_\_

\* Bij overlijden is dit een dag na het overlijden.

## 6 Wijziging in de urenverhouding

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, deel 1 van het aanvraagformulier uitkomen. 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="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Ja
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Ja
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Ja
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Ja
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Ja
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Ja
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Ja
Totaal uren/minuten	_____	_____		

## 6 Ondertekening

Budgethouder

Ouder 1

Voogd

Curator

Bewindvoerder

Gemachtigde

Ouder 2

Naam: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_

Handtekening:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_