

AANVRAAGFORMULIER PERSOONSGEBONDEN BUDGET DEEL 2 - VERPLEGING EN VERZORGING (ZVW-PGB)

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.

Invulinstructie:

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

1. GEGEVENS VERZEKERDE

Achternaam : _____

Voorletters : _____ man vrouw

Geboortedatum : ____ - ____ - ____

BSN : _____

Telefoonnummer : _____

E-mailadres : _____

Verzekerdennummer : _____

Wonen er meer verzekerden op één en hetzelfde adres met een pgb?

ja, namelijk : _____

nee

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. Hiervoor geldt dat wij u willen vragen om de volmacht (laatste pagina van dit document) in te vullen.

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 : _____
Voorletters : _____
Adres : _____
Postcode en woonplaats : _____
Geboortedatum : ____ - ____ - _____
Telefoonnummer : _____
Relatie tot verzekerde : _____

Gegevens van uw bewindvoerder, als de bewindvoerder een organisatie is:

Naam organisatie : _____
KVK-nummer organisatie : _____
Postcode en plaats : _____
Contactpersoon : _____
Telefoonnummer : _____

3. 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 verzorging/verpleging maar wil hiervoor geheel of gedeeltelijk overstappen naar een Zvw-rgb
- Ik ontvang reeds een Zvw-rgb 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 Zvw-rgb niet opnieuw aan de verzekeraar te verzenden en u hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)
- Ik ontvang reeds een Zvw-rgb en mijn zorgbehoefte is gewijzigd (U hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)
- Ik ben overgestapt van verzekeraar

4. GECONTRACTEERDE AANBIEDER

Ontving u voorafgaand aan de aanvraag wijkverpleging zorg van een gecontracteerde zorgaanbieder?

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

7. BIJ WELKE ZORGAANBIEDERS WILT U DE ZORG INKOPEN?

Vul in onderstaand schema in wie u als zorgverlener wilt inhuren.

Naam	Postcode en huisnummer	Plaats	Bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad	AGB-code ²
			<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	

- Zie Reglement 2021 met toelichting definitie informele/formele zorgverlener.
- 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.

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

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 op deel 1 onder punt 6. Indicatiestelling van het aanvraagformulier.

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

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

Wanneer wilt u uw pgb in laten gaan?

Zo spoedig mogelijk ³
 Ik wil mijn pgb in laten gaan op : ____ - ____ - _____ ⁴

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 ondertekendatum 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.

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 een 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.
5. Kopie van de uitspraak van de rechtbank m.b.t. vertegenwoordiging (indien van toepassing)
6. Volmacht (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.

- Een vertegenwoordiger is een familielid (bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad) die niet aan de definitie van een wettelijke vertegenwoordiger voldoet. Hiervoor geldt dat wij u willen vragen om de volmacht (zie bijlage 1) in te vullen.
- 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.
- Dit is belangrijk, omdat wij uw aanvraag anders niet kunnen behandelen.

10. ONDERTEKENING

Ik verklaar:

- dat ik instem met het Reglement Zvw-pgb 2021 van Stad Holland Zorgverzekeraar (hierna Stad Holland);
- 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 Stad Holland 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 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 2021;
- dat ik mijn vertegenwoordiger toestemming geef om een Bewuste-keuze gesprek te voeren met de Stad Holland indien de Stad Holland 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 Stad Holland 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 Stad Holland;
- dat ik als er wijzigingen zijn in uw keuze of de zorgverlener Zorg in Natura of Zvw-pgb aan u levert u dit doorgeeft aan Stad Holland;
- ik geef Stad Holland toestemming dat zij mijn huisarts op de hoogte stelt van een toe- of afwijzing van het Zvw-pgb. (Bij een toestemming wordt het aantal uren verpleging en/of verzorging vermeld. Bij een afwijzing wordt de reden hiervan niet vermeld).

Ondertekening:

Datum : ____ - ____ - _____

Naam verzekerde of (wettelijke) vertegenwoordiger ⁵ : _____

Handtekening verzekerde
of (wettelijke) vertegenwoordiger ⁶ : _____

Handtekening (wettelijke) vertegenwoordiger ⁷ : _____

⁵ Vertegenwoordiger: Stuur kopie identiteitsbewijs mee + volmacht
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 2e wettelijke vertegenwoordiger ook ondertekenen.

Ondergetekende, _____ (verzekernummer: _____) machtigt hierbij _____ wonende _____ te _____, om namens ondergetekende alle (rechts)handelingen te verrichten, uitsluitend met betrekking tot het door Stad Holland Zorgverzekeraar aan ondergetekende toegekende dan wel nog toe te kennen pgb-Zvw. Hiermee geeft ondergetekende ook toestemming aan Stad Holland Zorgverzekeraar om voor de uitvoering van het voornoemde pgb-Zvw noodzakelijke informatie en persoonsgegevens, waaronder gegevens betreffende de gezondheid, uit te wisselen met de gevolmachtigde.

De gevolmachtigde gaat met ondertekening van deze volmacht akkoord met het feit dat hij/zij daarmee door Stad Holland Zorgverzekeraar mede verantwoordelijk wordt geacht voor de nakoming van de verplichtingen behorend bij het pgb zoals vastgelegd in het Reglement Zvw-pgb en, mede aansprakelijk kan worden gesteld voor gebreken in de nakoming van voornoemde verplichtingen.

Ondergetekende gaat er door ondertekening van deze volmacht mee akkoord dat hij/zij als budgethouder blijvend ook mede verantwoordelijk is voor de nakoming van de verplichtingen zoals genoemd in het Reglement Zvw-pgb en tevens blijvend ook mede aansprakelijk kan worden geacht voor gebreken in de naleving van het Reglement Zvw-pgb.

Deze machtiging wordt met ingang van ____ - ____ - _____ (datum) afgegeven voor de gehele duur van het pgb, tenzij ondergetekende deze volmacht op een eerder moment schriftelijk intrekt.

Budgethouder

Getekend te (woonplaats)

Handtekening budgethouder

Gevolmachtigde

Naam gevolmachtigde

Adres/woonplaats

Telefoonnummer

Handtekening

Handtekening gevolmachtigde