

Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget deel 2 verpleging en verzorging (Zvw pgb) DEEL 2: Verzekerde deel aanvraag

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

N.B. het is belangrijk dat u de inhoud van het reglement Zvw-rgb kent.

Dit reglement is beschikbaar op onze website, www.nn.nl.

1 Gegevens verzekerde

Achternaam:	<input type="text"/>
Voorletters:	<input type="text"/> <input type="radio"/> man <input type="radio"/> vrouw
Geboortedatum:	<input type="text"/>
BSN:	<input type="text"/>
Telefoonnummer:	<input type="text"/>
E-mailadres:	<input type="text"/>
Relatienummer verzekerde:	<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. U dient een kopie mee te sturen van de brief ('beschikking') van de rechtbank als u de wettelijke vertegenwoordiger bent.

Een vertegenwoordiger is een familielid (bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad) die niet aan de definitie van een wettelijke vertegenwoordiger voldoet. U dient een kopie mee te sturen van een geldig identiteitsbewijs als u de vertegenwoordiger bent.

Heeft u een (wettelijke) vertegenwoordiger?

- Ja, namelijk wettelijke vertegenwoordiger, vul gegevens hieronder pagina 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 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 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 5 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)
- Ik ontvang reeds een Zvw-rgb en mijn zorgbehoefte is gewijzigd.

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 deze ondersteuning nu verleend en/of wie gaat deze ondersteuning verlenen?

Beschrijf welke hulp er al (vrijwillig) aan u verleend wordt en welke hulp er (vrijwillig) verleend zal worden, zoals:

- hulp die ouders verlenen aan hun kind of kinderen aan hun ouders;
- hulp die door het eigen cliëntnetwerk geboden 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 zorgaanbieders of zorgverleners wilt u de pgb zorg inkopen?

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

Naam	Geboortedatum	Postcode en huisnummer	Plaats	Bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad	AGB-code (indien van toepassing)	Opleidingsniveau formele zorgverlener
				<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee		
				<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee		
				<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee		
				<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee		
				<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee		
				<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee		
				<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee		

Zie reglement, artikel 7.2.3 en artikel 7.2.4 met toelichting definitie informele/formele zorgverlener.

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 individuele zorgverlener	Formele of informele zorg	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 (zin) aanbieders?

ja, namelijk (naam zorgaanbieder en omschrijving in onderstaand overzicht):

nee

Wanneer wilt u uw pgb in laten gaan?

Zo spoedig mogelijk²

Ik wil mijn pgb in laten gaan op _____ – _____ – _____ (DD-MM-JJJJ)³

Geef aan van wie (naam en geboortedatum) 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 volledig ingevulde en ondertekende aanvraag (zowel deel 1 als deel 2) heeft ontvangen en beoordeeld.

³ 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.

9 Wat stuurt u met deze aanvraag mee?

Bij deze aanvraag dient meegestuurd te worden:

- 1 Verpleegkundig deel (deel 1)
- 2 Dit formulier zijnde, verzekerde deel (deel 2)
- 3 Het actuele zorgplan (ondertekend door u en de wijkverpleegkundige)
- 4 Medicatielijst indien de medicatie door een zorgverlener wordt toegediend n ja n nee
- 5 Medisch uitvoeringsverzoek (indien van toepassing) n ja n nee
- 6 Advies ergotherapeut (indien van toepassing) n ja n nee
- 7 Kopie van de brief ('beschikking') van de rechtbank of van de notariële akte als u voogd, curator, mentor, bewindvoerder of door de notaris gemachtigde vertegenwoordiger bent.
- 8 Verklaring van een arts dat er sprake is van Palliatief Terminale Zorg (indien van toepassing).

10 Ondertekening

Ik verklaar:

- dat ik instem met het Reglement Zvw-pgb van mijn zorgverzekeraar;
- dat ik toestemming geef om 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 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;
- 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 NN belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van dit formulier ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt;
- ik wijzigingen in mijn zorgvraag of andere wijzigingen die van invloed zouden kunnen zijn op de akkoordverklaring per direct maar uiterlijk binnen 4 weken kenbaar maak aan NN, in de vorm van een nieuwe aanvraag;
- ik op de hoogte ben van de door de zorgverzekeraar toegekende einddatum van mijn akkoordverklaring en dat ik, indien nodig, uiterlijk binnen 6 weken voor het einde van de lopende akkoordverklaring een nieuwe aanvraag doe. U ontvangt hierover geen herinnering meer vanuit uw zorgverzekeraar.

Datum: _____

Naam verzekerde of vertegenwoordiger⁴: _____

Handtekening verzekerde of vertegenwoordiger⁵: _____

Handtekening 2e wettelijke vertegenwoordiger⁶: _____

⁴Vertegenwoordiger: Stuur kopie identiteitsbewijs mee

Wettelijke vertegenwoordiger: stuur kopie beschikking rechtbank mee

⁵Indien van toepassing

⁶Is de budgethouder minderjarig? En hebben beide ouders ouderlijk gezag? Dan moet een 2e wettelijke vertegenwoordiger ook ondertekenen