

## INFORMATIE BIJ ZVW-PGB VERPLEGING EN PERSOONLIJKE VERZORGING

Bijgaand vindt u de aanvraagformulieren (deel 1 en 2) voor het Zvw-pgb verpleging en verzorging. We vragen u het Reglement Zorgverzekeringswet persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) verpleging en verzorging 2016 goed door te lezen en de aanvraagformulieren volledig in te vullen en te ondertekenen. Het Reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging kunt u vinden via [www.pnozorg.nl/polisvoorwaarden](http://www.pnozorg.nl/polisvoorwaarden). De ingevulde aanvraagformulieren stuurt u naar ons retour. Wanneer u de (wettelijk) vertegenwoordiger bent stuurt u het machtigingsformulier (wettelijk) vertegenwoordiger mee, dit formulier is te downloaden op [www.pnozorg.nl](http://www.pnozorg.nl). Indien u de wettelijk vertegenwoordiger bent stuurt u een kopie van de rechterlijke uitspraak of bewijs van voogdijschap mee.

### Wat kunt u verwachten?

Na ontvangst van uw aanvraagformulieren controleren wij de inhoud en volledigheid hiervan en beoordelen wij of u geschikt bent om op eigen kracht of met hulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger een Zvw-pgb te beheren. U wordt door de beoordelaar van uw aanvraag gebeld voor een 'bewuste keuze gesprek'. In dat gesprek kunt u uw Zvw-pgb aanvraag toelichten en bespreekt PNOzorg met u wat de keuze voor een Zvw-pgb voor u betekent. Dit gesprek gebeurt meestal telefonisch, het is ook mogelijk dat we u hiervoor uitnodigen bij ons op kantoor. Wij streven ernaar om u binnen zes weken na ontvangst van uw volledig ingevulde aanvraagformulieren schriftelijk te berichten over de beoordeling hiervan.

### Hoe declareert u?

De originele nota's van uw formele zorgverleners en de uren van de zorg geleverd door natuurlijke personen dient u schriftelijk of bij voorkeur digitaal in via [www.MijnPNO.nl](http://www.MijnPNO.nl). Voor het declareren van de uren zorg geleverd door een natuurlijk persoon gebruikt u het PNOzorg Zvw-pgb verpleging en verzorging declaratieformulier natuurlijke personen. Dit formulier is te downloaden op [www.pnozorg.nl/klantenservice/brochures-en-formulieren](http://www.pnozorg.nl/klantenservice/brochures-en-formulieren) of aan te vragen bij ons Service Center.

### Wat stuurt u naar ons op?

- Aanvraagformulieren deel 1 en deel 2
- Indien van toepassing: een kopie van het bewijs van (wettelijk) vertegenwoordiging

### U kunt deze formulieren sturen naar:

PNOzorg  
Afdeling Machtigingen  
Postbus 459  
3990 GG Houten

U kunt de ingevulde formulieren ook scannen en per e-mail versturen naar [teampgb@pnozorg.nl](mailto:teampgb@pnozorg.nl).

### Meer weten?

Heeft u nog vragen? Neem dan gerust contact op met ons Service Center. Wij zijn bereikbaar op werkdagen van 8.30 tot 21.00 uur op telefoonnummer 030 639 65 05. Wij helpen u graag verder. Voor meer informatie kunt u ook terecht op [www.pnozorg.nl](http://www.pnozorg.nl).

# AANVRAAGFORMULIER ZVW-PGB VERPLEGING EN VERZORGING

Het aanvraagformulier Zvw-pgb verpleging en verzorging bestaat uit twee delen:  
verpleegkundig deel en verzekerden deel

**PNO**zorg  
Zorg van & voor creatief Nederland

## DEEL 1: Verpleegkundig deel

DIT DEEL VULT DE VERPLEEGKUNDIGE IN SAMEN MET DE VERZEKERDE OF EEN (WETTELIJK) VERTEGENWOORDIGER<sup>1</sup>

### ZORGVERZEKERAAR

PNOzorg

### 1 GEGEVENS VERZEKERDE

Naam:  ACHTERNAAM  VOORLETTERS       De heer  Mevrouw

Adres:  STRAAT  HUISNUMMER + TOEVOEGING

POSTCODE  WOONPLAATS

Geboortedatum <sup>(DD-MM-JJJJ)</sup>:         BSN:

Telefoonnummer:           E-mailadres:

Relatienummer PNOzorg:

### 2 GEGEVENS VERPLEEGKUNDIGE

Naam:  ZOALS VERMELD IN BIG-REGISTER

Telefoonnummer:           E-mailadres:

BIG-nummer:           Niveau verpleegkundige:

Naam zorgaanbieder:  AGB-code zorgaanbieder:   /

### 3 OVER DE ZORGVRAAG VAN DE VERZEKERDE (ANAMNESE UIT HET ZORGPLAN)

#### De zorgvraag betreft<sup>2</sup>:

Verpleging of persoonlijke verzorging langer dan één jaar

Intensieve Kindzorg (IKZ)

Medisch Specialistische Verzorging Thuis (MSVT) voor een kind tot 18 jaar

Palliatief Terminale Zorg (PTZ)

<sup>1</sup> Een **wettelijk 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 door de rechtbank aangewezen curator, mentor of bewindvoerder. Pgb-bureaus, of andere organisaties of personen die tegen een vergoeding pgb's beheren, worden niet erkend als wettelijk vertegenwoordiger. Een **vertegenwoordiger** is een familielid (bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad) of een persoon uit uw sociale netwerk die niet aan de definitie van een wettelijk vertegenwoordiger voldoet.

<sup>2</sup> Indien er geen sprake is van één van de vier genoemde categorieën, valt u niet onder de doelgroep voor een Zvw-pgb en komt u niet in aanmerking voor een Zvw-pgb. Zie voor toelichting ook het Reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2016. Dit is te raadplegen op de site [www.pnozorg.nl/polisvoorwaarden](http://www.pnozorg.nl/polisvoorwaarden).

U dient het formulier uit te printen en met pen te ondertekenen

Paraaf verpleegkundige:

**Omschrijf het ziektebeeld van de verzekerde:**

- Zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier<sup>3</sup>.

**Omschrijf de beperkingen als gevolg van het ziektebeeld van de verzekerde:**

- Zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier.

**Omschrijf de zorgvraag van de verzekerde op het gebied van persoonlijke verzorging en verpleging:**

- Zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier.

<sup>3</sup> Indien de verzekerde toestemming geeft om de anamnese (onderdeel zorgplan) uit het Elektronisch Clientendossier (ECD) mee te sturen, kan volstaan worden met een verwijzing naar dit deel als de vraag daarmee afdoende wordt beantwoord. Is dit niet het geval dan dient een nadere toelichting gegeven te worden.

Paraaf verpleegkundige:

**Omschrijf de gewenste resultaten/doelen die voortkomen uit de zorgvraag:**

- Zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier.

**Omschrijf wat er met de verzekerde is afgesproken over onbetaalde zorg die door familie en/of het sociaal systeem wordt geleverd:**

- Zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier.

**Geeft de verzekerde aan gebruik te maken van voorliggende zorg of hulpmiddelen uit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo), Jeugdwet of Wet langdurige zorg (Wlz)? Voorliggende zorg is zorg uit een andere wet die voorgaat op een vergoeding uit de Zvw:**

- Ja, namelijk:

- Nee

Paraaf verpleegkundige:

**Omschrijf of de verzekerde zorg nodig heeft:**

- die vooraf slecht te plannen is, omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of korte momenten op de dag en/of op afroep en/of
- op vaak wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op verschillende locaties en/of
- die 24-uur per dag direct beschikbaar is in de nabijheid of op afroep en/of
- waarbij het noodzakelijk is dat deze zorg geleverd wordt door vaste zorgaanbieders in verband met de specifieke zorgverlening die nodig is en/of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen
- Zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier.

**4 OVER DE DOOR U VASTGESTELDE INDICATIE****Wat is de gemiddelde zorgbehoefte verpleging, persoonlijke verzorging en MSVT per week?**

Verpleging<sup>4</sup> *(volledig uitschrijven)*  
 uren/minuten per week \_\_\_\_\_  
Bijv. drie uur en tien minuten

Persoonlijke Verzorging<sup>5</sup> *(volledig uitschrijven)*  
 uren/minuten per week \_\_\_\_\_  
Bijv. drie uur en tien minuten

MSVT (kind tot 18 jaar)<sup>6</sup> *(volledig uitschrijven)*  
 uren/minuten per week \_\_\_\_\_  
Bijv. drie uur en tien minuten

**Voor welke periode is deze zorg nodig? (Zowel ingangsdatum als einddatum invullen)**

	Datum ingang indicatie (DD-MM-JJJJ)	Datum einde indicatie (tot en met) (DD-MM-JJJJ)
Verpleging	□□ - □□ - □□□□	□□ - □□ - □□□□
Persoonlijke verzorging	□□ - □□ - □□□□	□□ - □□ - □□□□
MSVT (kind tot 18 jaar)	□□ - □□ - □□□□	□□ - □□ - □□□□

<sup>4</sup> Onder deze prestatie vallen ook observatie, de met verpleging vervlochten persoonlijke verzorging en begeleiding -waaronder hulp bij chronische gezondheidszorgproblemen en of complexe zorgvragen- (beleidsregel Nza BR/CU-7138).

<sup>5</sup> Onder deze prestatie valt ook begeleiding die onlosmakelijk is verbonden met persoonlijke verzorging bij die activiteiten (beleidsregel Nza BR/CU-7138) en pedagogische ondersteuning bij intensieve kindzorg.

<sup>6</sup> De geïndiceerde zorgbehoefte en duur van de indicatie voor MSVT kunt u overnemen van de door de medisch specialist afgegeven indicatie.

Paraaf verpleegkundige:

**Met wie heeft u de zorgbehoefte besproken?**

- Verzekerde zelf
- Een (wettelijk) vertegenwoordiger van de verzekerde

Naam (wettelijk) vertegenwoordiger: \_\_\_\_\_

**5 IN GEVAL VAN INTENSIEVE KINDZORG:****Welke medisch specialist is als behandelaar bij de zorg betrokken?**

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

Ziekenhuis: \_\_\_\_\_

**6 IN GEVAL VAN MSVT VOOR EEN KIND TOT 18 JAAR****Welke medisch specialist heeft de indicatie voor de MSVT afgegeven?**

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

Ziekenhuis: \_\_\_\_\_

Vergeet u niet de indicatiestelling van de medisch specialist mee te sturen, waarin staat dat de verzekerde aangewezen is op MSVT.

**7 IN GEVAL VAN PTZ****Welke arts heeft de verklaring afgegeven dat er sprake is van een levensverwachting van minder dan drie maanden?**

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

Huisartsenpraktijk/Ziekenhuis: \_\_\_\_\_

Vergeet u niet de verklaring van de arts mee te sturen, waarin staat dat de verzekerde is aangewezen op PTZ.

Paraaf verpleegkundige:

## 8 ONDERTEKENING DOOR VERPLEEGKUNDIGE

- Ik verklaar dat de afgegeven indicatie voldoet aan de eisen zoals gesteld in het *normenkader indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving* van de V&VN.
- Ik verklaar dat de zorgbehoefte voor de verzekerde door mij in zijn/haar eigen thuissituatie is beoordeeld.
- Ik verklaar dat er een behoefte is aan verpleging en/of verzorging langer dan één jaar.

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

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

Handtekening verpleegkundige: \_\_\_\_\_

## 9 ONDERTEKENING DOOR DE VERZEKERDE OF (WETTELIJK) VERTEGENWOORDIGER

- Ik verklaar dat ik toestemming geef om de anamnese (onderdeel van het zorgplan) mee te sturen met de aanvraag.
- Ik verklaar dat de vastgestelde zorgbehoefte met mij is besproken.
- Ik verklaar dat ik naast deze indicatie niet over andere indicatie(s) voor verpleging en verzorging in de thuissituatie (conform art. 2.10 Bzv) beschik.

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

Naam verzekerde of (wettelijk) vertegenwoordiger: \_\_\_\_\_

Handtekening verzekerde of (wettelijk) vertegenwoordiger: \_\_\_\_\_

### Bij deze aanvraag dient meegestuurd te worden:

1. Kopie anamnese (onderdeel van het zorgplan) uit het Elektronische Cliëntendossier als daartoe toestemming is verleend. Om uw aanvraag te bespoedigen heeft dit onze voorkeur.
2. Verzekerden deel.
3. Indicatiestelling medisch specialist als er sprake is van Medisch Specialistische Zorg (indien van toepassing).
4. Verklaring arts als er sprake is van Palliatief Terminale Zorg (indien van toepassing).

**Als het aanvraagformulier Zvw-pgb verpleging en verzorging niet volledig is ingevuld en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, nemen wij de aanvraag niet in behandeling.**

Paraaf verpleegkundige:

# AANVRAAGFORMULIER ZVW-PGB VERPLEGING EN VERZORGING

Het aanvraagformulier Zvw-pgb verpleging en verzorging bestaat uit twee delen:  
verpleegkundig deel en verzekerden deel

**PNO**zorg  
Zorg **van & voor** creatief Nederland

## DEEL 2: Verzekerden deel

DIT DEEL WORDT DOOR DE VERZEKERDE OF EEN (WETTELIJK) VERTEGENWOORDIGER INGEVULD.<sup>1</sup>

Wij verzoeken u vóór het invullen, het Reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2016, te raadplegen. Dit reglement is beschikbaar op [www.pnozorg.nl/polisvoorwaarden](http://www.pnozorg.nl/polisvoorwaarden). Op onze website vindt u ook antwoorden op veel gestelde vragen over het Zvw-pgb verpleging en verzorging.

### 1 ZORGVERZEKERAAR

PNOzorg

### 2 GEGEVENS VERZEKERDE

Naam:	ACHTERNAAM	VOORLETTERS	<input type="radio"/> De heer	<input type="radio"/> Mevrouw
Adres:	STRAAT	HUISNUMMER + TOEVOEGING		
	POSTCODE	WOONPLAATS		
Geboortedatum (DD-MM-JJJJ):		BSN:		
Telefoonnummer:		E-mailadres:		
Relatienummer PNOzorg:				

### 3 EEN (WETTELIJK) VERTEGENWOORDIGER

Een **wettelijk 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. Pgb-bureaus, of andere organisaties of personen die tegen een vergoeding pgb's beheren, worden niet erkend als wettelijk vertegenwoordiger.

Een **vertegenwoordiger** is een familielid (bloed- en aanverwanten in de 1<sup>e</sup> of 2<sup>e</sup> graad) of een persoon uit uw sociale netwerk die niet aan de definitie van een wettelijk vertegenwoordiger voldoet.

#### Heeft u een (wettelijk) vertegenwoordiger?

<input type="checkbox"/>	Ja, namelijk een wettelijk vertegenwoordiger, vul de gegevens op pagina 9 in.	<input type="checkbox"/>	Ja, namelijk een vertegenwoordiger, vul de gegevens op pagina 9 in.	<input type="checkbox"/>	Nee, ga verder naar onderdeel 4.
--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	----------------------------------

<sup>1</sup> Indien u te weinig ruimte heeft, kunt u een extra bladzijde toevoegen.

Naam verzekerde:

**Gegevens van uw (wettelijk) vertegenwoordiger:**

Naam:  ACHTERNAAM  VOORLETTERS       De heer  Mevrouw

Adres:  STRAAT  HUISNUMMER + TOEVOEGING

POSTCODE  WOONPLAATS:

Geboortedatum (DD-MM-JJJJ):         BSN:

Telefoonnummer:           E-mailadres:

Relatie tot verzekerde:

**Gegevens van uw wettelijk vertegenwoordiger, in het geval dit een organisatie is:**

Naam organisatie (indien van toepassing):

KvK nummer organisatie:

Adres:  STRAAT  HUISNUMMER + TOEVOEGING

POSTCODE  PLAATS:

Contactpersoon:

Telefoonnummer:           E-mailadres:

**4 WAT IS DE REDEN VAN UW AANVRAAG?**

- Ik vraag voor het eerst een Zvw-pgb aan.
- Ik vraag een Zvw-pgb aan omdat mijn indicatie afloopt.
- Ik heb een combinatie reguliere zorg en Zvw-pgb en verander van zorg-aanbieder(s).
- De aard, omvang of duur van mijn zorgvraag is gewijzigd.

Naam verzekerde:

**5 GEGEVENS HUISARTS:**

U geeft PNOzorg toestemming contact op te nemen met de verpleegkundige en uw huisarts om uw medische gegevens omtrent deze aanvraag en indicatiestelling voor verpleegkundige zorg in te zien.

De gegevens van uw huisarts zijn:

Naam huisarts:

Telefoonnummer:

Adres:  STRAAT  HUISNUMMER + TOEVOEGING

POSTCODE   PLAATS

**6 GEGEVENS MEDISCH SPECIALIST**

Naam medisch specialist:

Specialisme:

Telefoonnummer:

Ziekenhuis:

Adres:  STRAAT  HUISNUMMER + TOEVOEGING

POSTCODE   PLAATS

**7 WAAROM WILT U EEN ZVW-PGB?**

Hieronder dient u toe te lichten:

- waarom u een Zvw-pgb wilt voor verpleging en/of persoonlijke verzorging;
- of u heeft onderzocht of reguliere zorg kan voorzien in uw volledige zorgbehoefte. Als dit niet mogelijk is, kunt u dan toelichten wat daarvan de reden is?

Naam verzekerde:

## 8 BIJ WELKE ZORGAANBIEDERS WILT U DE ZORG INKOPEN?

Vult in onderstaand schema in bij welke zorgaanbieders u de zorg wil inkopen. De verpleegkundige heeft uw gemiddelde zorgbehoefte per week aangegeven in deel 1. Dit gebruikt u als basis.

**1** Naam  Postcode  Huisnummer + toevoeging

Plaats  Bloed- of aanverwant in de 1<sup>e</sup> of 2<sup>e</sup> graad  Ja  Nee AGB code\*  /

**2** Naam  Postcode  Huisnummer + toevoeging

Plaats  Bloed- of aanverwant in de 1<sup>e</sup> of 2<sup>e</sup> graad  Ja  Nee AGB code\*  /

**3** Naam  Postcode  Huisnummer + toevoeging

Plaats  Bloed- of aanverwant in de 1<sup>e</sup> of 2<sup>e</sup> graad  Ja  Nee AGB code\*  /

**4** Naam  Postcode  Huisnummer + toevoeging

Plaats  Bloed- of aanverwant in de 1<sup>e</sup> of 2<sup>e</sup> graad  Ja  Nee AGB code\*  /

**5** Naam  Postcode  Huisnummer + toevoeging

Plaats  Bloed- of aanverwant in de 1<sup>e</sup> of 2<sup>e</sup> graad  Ja  Nee AGB code\*  /

**6** Naam  Postcode  Huisnummer + toevoeging

Plaats  Bloed- of aanverwant in de 1<sup>e</sup> of 2<sup>e</sup> graad  Ja  Nee AGB code\*  /

\* U hoeft geen AGB code in te vullen als :

- uw zorgaanbieder een bloed- of aanverwant in de 1ste of 2de graad is;
- er sprake is van een arbeidsovereenkomst met een zorgaanbieder die niet BIG-geregistreerd als verpleegkundige niveau 4 of niveau 5.

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](http://www.agbcode.nl)

Naam verzekerde:

## 9 WELKE AFSPRAKEN MAAKT U MET UW ZORGVERLENER?

Het totaal aantal uren dat ingekocht wordt met een Zvw-pgb en/of reguliere zorg, mag niet boven de door de verpleegkundige aangegeven gemiddelde zorgbehoefte op het verpleegkundige deel 1 van het aanvraagformulier uitkomen.

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

Naam	Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging	Aantal uren/minuten per week verpleging	Aantal uren/minuten per week MSVT		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Pgb	Reguliere zorg
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Pgb	Reguliere zorg
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Pgb	Reguliere zorg
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Pgb	Reguliere zorg
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Pgb	Reguliere zorg
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Pgb	Reguliere zorg
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Pgb	Reguliere zorg
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Pgb	Reguliere zorg
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Pgb	Reguliere zorg
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Pgb	Reguliere zorg
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Pgb	Reguliere zorg
<b>Totaal uren/minuten</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Wilt u uw Zvw-pgb op een latere datum in laten gaan, dan op de datum dat de indicatie gesteld is door de verpleegkundige? Deze ingangsdatum mag niet voor de datum ingang indicatie van pagina 5 liggen.

Nee

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

**Beschrijf hieronder voor welke handelingen u zorg gaat ontvangen.**

Bij persoonlijke verzorging:

Bij verpleging:

Bij MSVT voor kind tot 18 jaar:

Naam verzekerde:

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

Bij persoonlijke verzorging:

Bij verpleging:

Bij MSVT voor kind tot 18 jaar:

Naam verzekerde:

**10 ONDERTEKENING**

Ik verklaar:

- dat ik het Reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2016 zorgvuldig heb gelezen;
- dat ik ermee 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 persoonlijke verzorging in te zien;
- dat ik in staat ben op eigen kracht of met hulp van de (wettelijk) vertegenwoordiger de aan het Zvw-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 en het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten);
- dat ik in staat ben op eigen kracht of met hulp van de (wettelijk) 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 er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
- dat ik op de hoogte ben van de aan verzekerde gestelde verantwoordelijkheden zoals opgenomen in het Reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging;
- dat ik alle gegevens naar waarheid heb ingevuld.

Datum

Naam verzekerde of (wettelijk) vertegenwoordiger

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Handtekening verzekerde of (wettelijk) vertegenwoordiger\*

Handtekening tweede (wettelijk) vertegenwoordiger\*\*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Indien van toepassing

\*\* Is er een minderjarige budgethouder? En hebben beide ouders ouderlijk gezag? Dan moet een tweede wettelijk vertegenwoordiger ook ondertekenen.

### Wat stuurt u met deze aanvraag mee?

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

- verpleegkundig deel (deel 1)
- verzekerden deel (deel 2)

En indien bij u van toepassing:

- de indicatiestelling van de medisch specialist, waarin staat dat u bent aangewezen op MSVT
- de verklaring van de arts, waarin staat dat u bent aangewezen op PTZ.

#### Adres:

PNOzorg  
Afdeling Machtigingen  
Postbus 459  
3990 GG Houten

U kunt de ingevulde formulieren ook scannen en per e-mail versturen naar [teampgb@pnozorg.nl](mailto:teampgb@pnozorg.nl).

Als u voogd, curator, mentor, bewindvoerder of door de notaris gemachtigde vertegenwoordiger bent, stuurt u dan 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.

Als u (wettelijk) vertegenwoordiger bent van een kind jonger dan 18 jaar, dan volstaat een kopie van een geldig identiteitsbewijs.

Naam verzekerde: