

# Wijzigingsformulier Zvw-pgb verpleging en verzorging 2017

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

**PNO**zorg

Zorg van & voor creatief Nederland

## 1 GEGEVENS BUDGETHOUDER

Naam: ACHTERNAAM  VOORLETTERS

Geboortedatum:  BSN:

Telefoonnummer:  E-mailadres:

Relatienummer:

## 2 SOORT WIJZIGING

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

- Wijziging (wettelijk) vertegenwoordiger (ga naar vraag 3 en vraag 7)
- Beëindiging Zvw-pgb (ga naar vraag 4 en vraag 7)
- Er wordt niet meer voldaan aan de voorwaarden voor een Zvw-pgb (ga naar vraag 5 en vraag 7)
- De basisverzekering eindigt (ga naar vraag 4 en vraag 7)
- Er vindt een opname langer dan twee maanden in een ziekenhuis of zorginstelling plaats (ga naar vraag 6 en vraag 7)
- Ik of mijn (wettelijk) vertegenwoordiger heeft surseance van betaling aangevraagd of word(t) failliet verklaard, of er is sprake van schuldsanering op grond van de Wet schuldsanering natuurlijke personen (Wsnp) (ga naar vraag 4 en vraag 7)
- Er bestaat recht op zorg vanuit de Wet langdurige zorg (hierna: Wlz) (ga naar vraag 4 en vraag 7)
- Anders, nl.: \_\_\_\_\_ (ga naar vraag 7)

NB. Wijzigt de aard, omvang of de duur van uw zorgvraag, of wijzigt de verhouding tussen het Zvw-pgb en reguliere zorg, dan moet u een nieuwe indicatie bij de wijkverpleegkundige aanvragen en een nieuwe aanvraag Zvw-pgb indienen. Ook als u minder zorg nodig heeft.

### 3 WIJZIGING (WETTELIJK) VERTEGENWOORDIGER

Ingangsdatum wijziging:

#### Nieuwe gegevens

Naam: ACHTERNAAM  VOORLETTER(S)

Adres: STRAAT  HUISNUMMER + TOEVOEGING

POSTCODE       WOONPLAATS

Telefoonnummer:           E-mailadres:

Geboortedatum:       Geslacht:  man  vrouw

#### Wat is uw relatie tot de budgethouder?

- Ik ben vertegenwoordiger van de budgethouder  
U moet dit formulier samen met de pgb-houder ondertekenen.
- Ik ben benoemd tot wettelijk vertegenwoordiger  
U moet dit formulier ondertekenen. Tevens stuurt u een kopie van de beschikking van de rechtbank mee.

#### Aanvullende stukken

Voor het verwerken van de wijziging van de (wettelijk) vertegenwoordiger, hebben wij een kopie van het legitimatiebewijs van de pgb-houder én van de (wettelijk) vertegenwoordiger nodig.

### 4 BEËINDIGING PERSOONSGEBONDEN BUDGET

Kruis hieronder aan wat de reden is van beëindiging van het Zvw-rgb.

- Ik heb geen zorg meer nodig per datum
- Ik ga volledig over op reguliere zorg per datum
- Ik heb of mijn (wettelijk) vertegenwoordiger heeft surseance van betaling aangevraagd of word(t)/ben/is failliet verklaard, of er is sprake van schuldsanering op grond van de Wet schuldsanering natuurlijke personen (Wsnp)  
per datum
- Ik heb een indicatie voor zorg die vergoed wordt uit de Wlz per datum
- Een andere reden, namelijk \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

per datum

**5 U VOLDOET NIET LANGER MEER AAN DE ONDERSTAANDE VOORWAARDE(N) VOOR EEN ZVW-PGB**

Kruis aan wat voor u van toepassing is.

- Ik ben niet meer voor een aaneengesloten periode van minimaal twaalf maanden op verpleging en/of persoonlijke verzorging aangewezen
- Ik ben niet meer aangewezen op Intensieve Kindzorg
- Ik ben niet meer aangewezen op MSVT
- Ik ben niet meer op Palliatief Terminale Zorg (PTZ) aangewezen
- Ik ben niet meer in staat om zelf of met behulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger het Zvw-pgb uit te voeren

**6 OPNAME**

Ik word/ben opgenomen in het ziekenhuis of een andere zorginstelling voor een periode van twee maanden of langer.

Opnamedatum:

Naam ziekenhuis/zorginstelling: \_\_\_\_\_

Plaatsnaam: \_\_\_\_\_

**7 ONDERTEKENING**

Kruis aan wat voor u van toepassing is:

- Ik ben budgethouder
- Ik ben wettelijk vertegenwoordiger\*
- Ik ben vertegenwoordiger\*\*

(in geval van wettelijk vertegenwoordiging, tekent de pgb-houder niet mee)

(in geval van vertegenwoordiging, tekent zowel de pgb-houder als de vertegenwoordiger dit formulier)

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

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

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

Handtekening pgb-houder of wettelijk vertegenwoordiger:

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

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

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

Handtekening vertegenwoordiger:

**Meer weten?**

Heeft u nog vragen? Neem dan gerust contact op met het Team Zvw-pgb verpleging en verzorging.. Wij zijn bereikbaar op werkdagen van 8.30 tot 17.30 uur op telefoonnummer 030 639 65 05. Wij helpen u graag verder. Voor meer informatie kunt u ook terecht op Team Zvw-pgb verpleging en verzorging.

**U stuurt dit formulier naar:**

PNOzorg  
Team Zvw-pgb verpleging en verzorging  
Postbus 459  
3990 GG Houten