

**DEEL 2: Verzekerde deel aanvraag Zvw-pgb 2020**

Dit deel wordt door de verzekerde of een (wettelijk) vertegenwoordiger ingevuld <sup>1</sup>.

Wij verzoeken u voor het invullen het Reglement Zvw-pgb 2019 te raadplegen. Dit reglement is beschikbaar op onze website, maar u kunt het ook bij ons opvragen.

Zorgverzekeraar

**1. Gegevens verzekerde**

Achternaam

Voorletters

  M  V

Geboortedatum

BSN

Telefoonnummer

E-mailadres

Relatienummer verzekeraar

**2. 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.

Een vertegenwoordiger is een familielid (bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad) die niet aan de definitie van een wettelijk vertegenwoordiger voldoet.

Heeft u een (wettelijke) vertegenwoordiger?

Ja, namelijk wettelijk vertegenwoordiger, vul gegevens hieronder in

Ja, namelijk vertegenwoordiger, vul gegevens hieronder in

Nee

Gegevens van uw (wettelijk) vertegenwoordiger:

Achternaam

Voorletters

  M  V

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

<sup>1</sup> 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 en u hoeft onderdeel 5 niet in te vullen)
- Ik ontvang reeds een Zvw- en mijn zorgbehoefte is gewijzigd  
(U hoeft onderdeel 5 niet in te vullen)
- Ik ben overgestapt van zorgverzekeraar

### 4. Gecontracteerde aanbieder

Ontving u vóór de aanvraag wijkverpleging van een gecontracteerde aanbieder?

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-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 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 <sup>2</sup>
			<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	
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	

### 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 van het aanvraagformulier. In de achterste kolom geeft u aan of u de zorgverlener uitbetaalt met uw pgb. Maakt u gedeeltelijk gebruik van een gecontracteerde zorgverlener dan vult u hier 'nee' in. Deze zorgverlener kan de kosten namelijk rechtstreeks declareren bij Anderzorg.

Naam zorgverlener	Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging	Aantal uren / minuten per week verpleging	pgb Ja/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
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<b>Totaal uren/minuten</b>			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

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 <sup>3</sup>

Ik wil mijn pgb in laten gaan op \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (DD-MM-JJJJ) <sup>4</sup>

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

Bij persoonlijke verzorging:

Bij verpleging:

<sup>3</sup> 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

<sup>4</sup> deze datum kan niet vallen voor de onderteken datum 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 Verpleegkundige deel (deel 1)
- 2 Verzekerde deel (deel 2)
- 3 Verklaring 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. Om uw aanvraag te bespoedigen heeft dit onze voorkeur.
- 5 Kopie van de uitspraak van de rechtbank m.b.t. vertegenwoordiging (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. Dat is belangrijk, omdat wij uw aanvraag anders niet kunnen behandelen.

Dit is niet nodig als u de ouder en daarmee de wettelijk vertegenwoordiger bent van een kind jonger dan 18 jaar, dan volstaat een kopie van een geldig identiteitsbewijs.

## 10. Ondertekening

Ik verklaar:

- dat ik instem met het Reglement Zvw-pgb 2020 van mijn zorgverzekeraar;
- 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 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 verzorging in te zien;
- dat ik in staat ben op eigen kracht of met hulp van de (wettelijk) 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 (wettelijk) 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 2020;
- 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 Anderzorg belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van dit formulier ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalst;
- dat ik alle wijzigingen die van invloed kunnen zijn op het pgb doorgeef aan Anderzorg.

Datum

Naam verzekerde of

wettelijk vertegenwoordiger <sup>5</sup>

Handtekening verzekerde

of wettelijk vertegenwoordiger <sup>6</sup>

Handtekening wettelijk vertegenwoordiger <sup>7</sup>

<sup>5</sup> Vertegenwoordiger: Stuur kopie identiteitsbewijs mee  
Wettelijk vertegenwoordiger: stuur kopie beschikking rechtbank mee

<sup>6</sup> Indien van toepassing

<sup>7</sup> Is de budgethouder minderjarig? En hebben beide ouders ouderlijk gezag? Dan moet een 2e wettelijk vertegenwoordiger ook ondertekenen.