

INFORMATIE BIJ ZVW-PGB VERPLEGING EN PERSOONLIJKE VERZORGING 2019

Bijgaand vindt u de aanvraagformulieren (deel 1 en 2) voor het Zvw-pgb verpleging 2019 en verzorging. We vragen u het Reglement Zorgverzekeringswet persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) verpleging en verzorging 2019 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.vvaa.nl/zorgverzekering. 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.vvaa.nl/zorgverzekering. 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 VvAA 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 6 weken na ontvangst van uw volledig ingevulde aanvraagformulieren schriftelijk te berichten over de beoordeling hiervan.

Wat stuurt u met deze aanvraag mee?

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

- 1 Verpleegkundige deel (deel 1);
- 2 Verzekerde deel (deel 2);
- 3 Verklaring arts als er sprake is van Palliatief Terminale Zorg;
- 4 Kopie anamnese en/of zorgplan uit het Elektronische Cliëntendossier als daartoe toestemming is verleend;
- 5 Kopie van de uitspraak van de rechtbank met betrekking tot vertegenwoordiging (indien van toepassing);
- 6 Het formulier (wettelijk) vertegenwoordiger Zvw-pgb.

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. Maak een veilige kopie en dek uw burgerservicenummer (BSN) en pasfoto af.

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

U kunt deze formulieren sturen naar:

VvAA zorgverzekeraar
Team Zvw-pgb verpleging en verzorging
Postbus 168
3990 DD Houten

U kunt de ingevulde formulieren ook scannen en per e-mail versturen naar teampgb@vvaazorgverzekering.nl.

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 62. Wij helpen u graag verder. Voor meer informatie kunt u ook terecht op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (Zvw-pgb) deel 1



DEEL 1: VERPLEEGKUNDIGE DEEL AANVRAAG 2019

Dit deel vult de verpleegkundige in samen met de verzekerde of een (wettelijke) vertegenwoordiger.¹

Een kopie van dit deel van het aanvraagformulier dient te worden toegevoegd aan het dossier van de verpleegkundige.

1 GEGEVENS VERZEKERDE (VOOR WIE IS HET PGB BEDOELD)

Naam:	ACHTERNAAM <input type="text"/>	VOORLETTERS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	De heer	Mevrouw
Adres:	STRAAT <input type="text"/>		HUISNUMMER + TOEVOEGING <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Geboortedatum:	POSTCODE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	WOONPLAATS <input type="text"/>	BSN: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Telefoonnummer:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		E-mailadres: <input type="text"/>	
Relatienummer:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			

2 GEGEVENS INDICERENDE VERPLEEGKUNDIGE

Naam:	ZOALS VERMELD IN BIG-REGISTER <input type="text"/>			
Telefoonnummer:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	E-mailadres: <input type="text"/>		
BIG-nummer:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Niveau opleiding: <input type="text"/>		
Naam indicerende organisatie:	<input type="text"/>	AGB-code indicerende organisatie:	<input type="text"/> <input type="text"/>	/ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

3 OVER DE ZORGVRAAG VAN DE VERZEKERDE

Herindicatie: Ja Nee

De zorgvraag betreft zorg voor de verzekerde langer dan één jaar:

Verpleging en verzorging voor verzekerden vanaf 18 jaar

Verpleging en verzorging tot en met 18 jaar²

Of de zorgvraag betreft:

Palliatief Terminale Zorg (PTZ)

Paraaf verpleegkundige:

¹ 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 door de rechtbank vastgestelde curator, mentor of bewindvoerder. Een vertegenwoordiger is een partner, familielid (bloed- en aanverwante in de 1e of 2e graad) en die niet aan de definitie van een wettelijke vertegenwoordiger voldoet.

² Indicatie dient gesteld te zijn door een hbo-kinderverpleegkundige.

Is er gebruik gemaakt van een classificatiesysteem bij de indicatiestelling?

Ja, te weten _____

Nee

Omschrijf het ziektebeeld van de verzekerde:Zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier.³**Omschrijf de beperkingen als gevolg van het ziektebeeld van de verzekerde:**Zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier.³**Omschrijf de zorgvraag t.a.v. verpleging en verzorging van de verzekerde die valt onder de aanspraak wijkverpleging (met uitzondering van verblijf, verpleegkundige dagopvang en casemanagement):**Zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier³ waarin is opgenomen:

- omschrijving handelingen
- geïndiceerde tijdsduur per handeling
- soort (PV: persoonlijke verzorging / VP: verpleging)
- aantal keren per week
- totaal aantal uren/minuten per week

Paraaf verpleegkundige:

³ Indien de verzekerde toestemming geeft om de anamnese en/of zorgplan uit het Elektronisch Cliëntendossier 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.

Of omschrijf de zorg die geboden moet worden conform onderstaande tabel:

Verzorging

Omschrijving handelingen	Geïndiceerde tijdsduur per handeling	Aantal keren per week	Totaal aantal uren/min per week
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>

Verpleging

Omschrijving handelingen	Geïndiceerde tijdsduur per handeling	Aantal keren per week	Totaal aantal uren/min per week
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>

Omschrijf hoe de zelfredzaamheid wordt bevorderd en hoe deze wordt geborgd:

Zie uitgeprinte deel Elektronisch Clientdossier.⁴

Omschrijf de gewenste resultaten/doelen die voortkomen uit de zorgvraag en hoe u deze bereikt, en in welk tijdsbestek.

Zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier.⁴

Paraaf verpleegkundige:

⁴ Indien de verzekerde toestemming geeft om de anamnese en/of zorgplan uit het Elektronisch Cliëntendossier 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.

Is er mantelzorg door familie of het sociaal systeem mogelijk? Zo ja, welke zorg wordt daarin geleverd? Zo nee, waar is dit niet mogelijk?

Zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier.⁴

Is er naast de zorgvraag die onder de aanspraak wijkverpleging valt nog sprake van gebruik van zorg of hulpmiddelen uit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, Jeugdwet of de Wet langdurige Zorg?⁵

Ja, namelijk:

Nee

4 OVER DE DOOR U VASTGESTELDE INDICATIE

Wat is de gemiddelde zorgbehoefte verpleging en verzorging per week voor het Zvw-pgb?⁶

	Voorgaande indicatie (indien van toepassing)	Nieuwe indicatie	
Verpleging ⁷ uren/minuten per week	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	(volledig uitschrijven) Bijv. drie uur en tien minuten
Persoonlijke Verzorging ⁸ uren/minuten per week	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	(volledig uitschrijven) Bijv. drie uur en tien minuten

Wat is de gemiddelde zorgbehoefte aan verpleging en verzorging per week voor reguliere zorg?

	Voorgaande indicatie (indien van toepassing)	Nieuwe indicatie	
Verpleging ⁷ uren/minuten per week	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	(volledig uitschrijven) Bijv. drie uur en tien minuten
Persoonlijke Verzorging ⁸ uren/minuten per week	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/>	(volledig uitschrijven) Bijv. drie uur en tien minuten

Paraaf verpleegkundige:

⁴ Indien de verzekerde toestemming geeft om de anamnese en/of zorgplan uit het Elektronisch Cliëntendossier 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.

⁵ Denk hierbij aan : begeleiding, dagopvang, logeeropvang, vervoer, hulpmiddelen, persoonlijke verzorging en huishoudelijke hulp.

⁶ Indien de zorgbehoefte verandert, moet de indicatie aangepast worden.

⁷ 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/REG-19141).

⁸ Onder deze prestatie valt ook begeleiding die onlosmakelijk is verbonden met persoonlijke verzorging bij die activiteiten (beleidsregel NZa BR/REG-19140).

Onderstaande zorg is onderdeel van de indicatie om de gehele zorgvraag inzichtelijk te maken en wordt niet uit het pgb afgenomen.

Dagopvang in het kader van intensieve kindzorg dagen per week ⁹	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	(volledig uitschrijven) Bijv. twee dagen
Verblijf in het kader van intensieve kindzorg verblijfsdagen per week ⁹	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	(volledig uitschrijven) Bijv. twee verblijfsdagen
Casemanagement uren/minuten per week	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	(volledig uitschrijven) Bijv. drie uur en tien minuten

Indien de indicatie wijzigt, graag uw toelichting:

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

	Datum ingang indicatie	Datum einde indicatie (tot en met)
Verpleging	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Persoonlijke Verzorging	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Met wie hebt u de zorgbehoefte besproken? (Meerdere antwoorden mogelijk):

Verzekerde zelf

Een (wettelijke) vertegenwoordiger van de verzekerde

Indien ja, naam (wettelijke) vertegenwoordiger: _____

Huisarts

Erkende tolk

Overige

5 IN GEVAL VAN ZORG AAN KINDEREN

Welke medisch specialist is als behandelaar bij de zorg betrokken?

Naam arts: _____

Ziekenhuis: _____

Telefoonnummer: _____

Paraaf verpleegkundige:

⁹ Beleidsregel BR/REG-18100 Beleidsregel verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg.

6 IN GEVAL VAN PTZ

Welke arts heeft de verklaring afgegeven dat er sprake is van een levensverwachting van minder dan 3 maanden?

Naam arts: _____

Specialisme: _____

Ziekenhuis: _____

Telefoonnummer: _____

Vergeet u niet de verklaring van de arts mee te sturen, waarin staat dat de verzekerde aangewezen is op PTZ. Uit deze verklaring moet blijken dat de levensverwachting minder dan drie maanden is. Daarbij vragen wij een korte toelichting over de huidige medische situatie.

7

Op welk(e) moment(en) evalueert u of de ingezette zorginterventies bijdragen aan de gestelde zorgdoelen?¹⁰

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 ik zelf geen belanghebbende ben in de uitvoering van de indicatie;
- Ik verklaar dat de zorgbehoefte voor de verzekerde in zijn/haar eigen thuissituatie is beoordeeld waar verzekerde zelf bij was;
- Ik verklaar dat er geen 'gebruikelijke' (mantel)zorg is meegenomen in de indicatie;
- Ik verklaar dat bij de indicatiestelling de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg is gehanteerd bij het bepalen of er noodzaak is tot het gebruik van een tolk;
- Ik verklaar dat ik de medische diagnose gesteld door de huisarts / medisch specialist op papier heb gezien, of dat ik deze zelf heb geverifieerd bij de huisarts / medisch specialist, indien noodzakelijk;
- Ik verklaar dat ik een medicijnlijst heb gezien (indien er sprake is van medicatie). Indien noodzakelijk.

Datum: _____

Naam verpleegkundige:

Handtekening verpleegkundige:

Paraaf verpleegkundige:

¹⁰ De zorgverzekeraar vindt het belangrijk dat de wijkverpleegkundige het cyclisch proces in het Zvw-pgb toepast en hiervoor gedurende de looptijd van het pgb de pgb-houder eenmaal of periodiek bezoekt, waarbij maatwerk wordt betracht. Tijdens deze evaluatie wordt nagegaan of de ingezette zorginterventies bijdragen aan de gestelde zorgdoelen.

Gegevens van uw (wettelijk) vertegenwoordiger:

Naam: ACHTERNAAM VOORLETTERS De heer Mevrouw

Adres: STRAAT HUISNUMMER + TOEVOEGING

Geboortedatum:

Telefoonnummer:

Relatie tot verzekerde:

Gegevens van uw bewindvoerder, in het geval dit een organisatie is:

Naam organisatie

KvK-nummer organisatie:

Adres: POSTCODE PLAATS

Contactpersoon:

Telefoonnummer:

4 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 wijkverpleging maar wil geheel of gedeeltelijk gaan voorzien in de zorg in een vorm van een pgb

Ik vraag een pgb aan omdat mijn indicatie afloopt
(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 heb een nieuwe indicatie omdat mijn zorgbehoefte is gewijzigd
(U hoeft onderdeel 6 niet in te vullen)

Ik ben overgestapt naar VvAA

5 REGULIERE AANBIEDER**Ontving u voor deze aanvraag wijkverpleging van een reguliere zorgaanbieder?**

Nee

Ja, van _____

Naam verzekerde:

6 WAAROM WILT U EEN ZVW-PGB?

Hieronder dient u toe te lichten:

- Waarom u een pgb wilt voor verpleging en/of verzorging;
- Wat de reden is dat u niet kiest voor een reguliere zorgaanbieder.

Naam verzekerde:

7 BIJ WELKE ZORGAANBIEDERS WILT U DE ZORG INKOPEN?

Vul in onderstaand schema in bij welke zorgaanbieders u de zorg wilt 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^e of 2^e graad Ja Nee AGB-code ¹² /

2 Naam Postcode Huisnummer + toevoeging

Plaats Bloed- of aanverwant in de 1^e of 2^e graad Ja Nee AGB-code ¹² /

3 Naam Postcode Huisnummer + toevoeging

Plaats Bloed- of aanverwant in de 1^e of 2^e graad Ja Nee AGB-code ¹² /

4 Naam Postcode Huisnummer + toevoeging

Plaats Bloed- of aanverwant in de 1^e of 2^e graad Ja Nee AGB-code ¹² /

5 Naam Postcode Huisnummer + toevoeging

Plaats Bloed- of aanverwant in de 1^e of 2^e graad Ja Nee AGB-code ¹² /

6 Naam Postcode Huisnummer + toevoeging

Plaats Bloed- of aanverwant in de 1^e of 2^e graad Ja Nee AGB-code ¹² /

7 Naam Postcode Huisnummer + toevoeging

Plaats Bloed- of aanverwant in de 1^e of 2^e graad Ja Nee AGB-code ¹² /

Naam verzekerde:

¹² U hoeft geen AGB-code in te vullen als u:

- een partner, bloed- of aanverwant in de 1^e of 2^e graad bent en/of;
- niet bent ingeschreven als verpleegkundige (niveau 4 of 5) in het register, bedoeld in art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
- geen inschrijving heeft in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staat geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelsregister.

8 WELKE AFSPRAKEN MAAKT U MET UW ZORGVERLENER?

Het totaal aantal uren dat ingekocht wordt met een Persoonsgebonden Budget (pgb) en/of het totaal aantal uren dat ingekocht wordt met een pgb of dat bij een reguliere zorgaanbieder wordt afgenomen, mag niet boven de door de verpleegkundige aangegeven gemiddelde zorgbehoefte op het verpleegkundig deel 1 van het aanvraagformulier uitkomen.

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

Naam zorgverlener	Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging	Aantal uren/minuten per week verpleging
<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>
Totaal uren/minuten	<input type="text"/> : <input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>

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 reguliere aanbieders?

Ja, namelijk

Naam zorgaanbieder

Omschrijving zorgtaken

Nee

Wanneer wilt u uw pgb in laten gaan?

Direct¹³

Op (DD-MM-JJJJ)

Naam verzekerde:

¹³ Deze ingangsdatum mag niet voor de datum ingang indicatie van pagina 5 liggen.

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

Bij persoonlijke verzorging:

Bij verpleging:

Naam verzekerde:

ONDERTEKENING

Ik verklaar:

- dat ik instem met het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2019 van VvAA;
- dat ik toestemming geef om de anamnese en/of zorgplan mee te sturen met de aanvraag;
- dat de vastgestelde zorgbehoefte in het verpleegkundige deel 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 ermee instem dat VvAA zorgverzekering 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 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 sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
- ik verklaar dat ik niet in het bezit ben van een indicatie voor de Wet Langdurige Zorg (Wlz) en dat ik het zal melden aan mijn zorgverzekeraar als ik deze indicatie wel krijg;
- dat ik op de hoogte ben van de aan verzekerde gestelde verantwoordelijkheden zoals opgenomen in het Reglement pgb verpleging en verzorging 2019;
- dat ik mijn vertegenwoordiger toestemming geef om een 'bewuste keuze gesprek' te voeren met VvAA als VvAA 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 VvAA 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 VvAA zorgverzekering.

Ik geef VvAA zorgverzekering toestemming om mijn huisarts op de hoogte te stellen van een toe- of afwijzing van het Zvw-rgb. (Bij een toestemming wordt het aantal uren verpleging en/of verzorging vermeld. Bij een afwijzing wordt de reden hiervan niet vermeld).

Datum

Naam verzekerde of (wettelijk) vertegenwoordiger

Handtekening verzekerde of (wettelijk) vertegenwoordiger¹⁴

Handtekening tweede (wettelijk) vertegenwoordiger¹⁵

Naam verzekerde:

¹⁴ Indien van toepassing.

¹⁵ Is er een minderjarige budgethouder? En hebben beide ouders ouderlijk gezag? Dan moet een tweede wettelijk vertegenwoordiger ook ondertekenen.