

Wijzigingsformulier Zvw-pgb verpleging en verzorging 2019



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

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 2 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. Maak een veilige kopie en dek hierbij het burgerservicenummer (BSN) en de pasfoto af.

4 BEËINDIGING PERSOONSGEBONDEN BUDGET

Kruis hieronder aan wat de reden is van beëindiging van het Zwv-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 12 maanden op verpleging en/of persoonlijke verzorging 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 2 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 13. Wij helpen u graag verder. Voor meer informatie kunt u ook terecht op www.vvaa.nl/zorgverzekering.

U stuurt dit formulier naar:

Vvaa zorgverzekering
Team Zvw-pgb verpleging en verzorging
Postbus 168
3990 DD Houten

Of per e-mail naar teampgb@vvaazorgverzekering.nl