

Wijzigingsformulier Zvw-pgb verpleging en verzorging 2020

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.

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 05. Wij helpen u graag verder. Voor meer informatie kunt u ook terecht op www.pnozorg.nl/zorgadvies/informatie-over-zvw-pgb.

U stuurt dit formulier naar:

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

Of per e-mail naar teampgb@pnozorg.nl