

Wijzigingsformulier Zvw-pgb verpleging en verzorging 2022

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:

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 17.00 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