

# WIJZIGINGSFORMULIER PERSOONSGEBONDEN BUDGET



Met dit formulier kunt u diverse wijzigingen met betrekking tot uw pgb aan ons doorgeven.

## 1. GEGEVENS BUDGETHOUDER

Verzekernummer : \_\_\_\_\_  
Naam verzekerde : \_\_\_\_\_  
Geboortedatum : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Burgerservicenummer : \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer : \_\_\_\_\_  
E-mail : \_\_\_\_\_

## 2. SOORT WIJZIGING

Kruis aan welke wijziging u wilt doorgeven. Achter de wijziging staat vermeld welke vragen u moet invullen.

- (Adres)wijziging wettelijke vertegenwoordiger of gemachtigde (vul vraag 3 in)
- Opname budgethouder in ziekenhuis of een andere zorginstelling langer dan 2 maanden (vul vraag 4 in)
- Beëindiging pgb (vul vraag 5a en 5b in)
- Tijdelijk verblijf buitenland (vul vraag 6 in)

## 3. (ADRES)WIJZIGING WETTELIJKE VERTEGENWOORDIGER OF GEMACHTIGDE

Ingangsdatum (adres)wijziging : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

### *Nieuwe gegevens*

Voorletter(s) en naam : \_\_\_\_\_  
Straatnaam en huisnummer : \_\_\_\_\_  
Postcode en woonplaats : \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_  
Geboortedatum : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
Geslacht :  man  vrouw

*Wat is uw relatie tot de budgethouder?*

- De budgethouder is jonger dan 18 jaar. Ik ben ouder/voogd.  
Dit formulier wordt ondertekend door de ouder/voogd (wettelijke vertegenwoordiger).
- Ik ben gemachtigd door de budgethouder.  
Dit formulier wordt ondertekend door de budgethouder én de gemachtigde.
- Ik ben benoemd tot bewindvoerder of curator.

Stuur een kopie van de uitspraak van de rechtbank mee. Dit formulier wordt ondertekend door de bewindvoerder of curator (wettelijke vertegenwoordiger).

*Aanvullende stukken*

Betreft het een wijziging wettelijk vertegenwoordiger of gemachtigde dan hebben wij voor het verwerken van uw wijziging een kopie legitimatiebewijs budgethouder, gemachtigde of diens wettelijke vertegenwoordiger van u nodig.

#### 4. OPNAME

Als u langer dan 2 maanden opgenomen bent in het ziekenhuis of een andere zorginstelling beëindigen wij uw pgb.

Opnamedatum : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Naam ziekenhuis/zorginstelling : \_\_\_\_\_

Plaatsnaam : \_\_\_\_\_

#### 5. BEËINDIGING PERSOONSGEBONDEN BUDGET

a) Kruis hieronder aan wat de reden is van beëindiging van het pgb.

- Overlijden budgethouder.  
Wat is de overlijdensdatum van de budgethouder? : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
- Er is geen zorg meer nodig
- Overstap naar Zorg in Natura.  
Naam zorgaanbieder : \_\_\_\_\_
- Schuldsanering (WSNP)
- Surseance/faillissement
- Een andere reden, namelijk : \_\_\_\_\_

b) Per welke datum wilt u het pgb beëindigen? : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## 6. TIJDELIJK VERBLIJF BUITENLAND

Het land van bestemming is : \_\_\_\_\_

Ik vertrek op (datum) : - - \_\_\_\_\_

Terug in Nederland op : - - \_\_\_\_\_

Gaat een Nederlandse zorgverlener met u mee :  ja  nee

## 7. ONDERTEKENING

Ik verklaar dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

- Budgethouder
- Ouder(s)
- Voogd
- Curator
- Bewindvoerder
- Gemachtigde

Naam : \_\_\_\_\_

Datum : - - \_\_\_\_\_

Plaats : \_\_\_\_\_

Handtekening(en) : \_\_\_\_\_