

Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging



DEEL 1: Verpleegkundig deel

1. Geadresseerde:

SZVK

2. Aanvrager

Voor wie vraagt u een persoonsgebonden budget (pgb) aan?

Achternaam:

Voorletters:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Geboortedatum:

BSN:

Verzekerde/relatienummer:

3. Indicatie voor verpleegkundige zorg. Dit onderdeel moet de verpleegkundige invullen.

- De indicatiestelling voor deze aanvraag voldoet volgens u aan het normenkader conform V&VN voor verpleegkundige zorg: Ja nee
- De verpleegkundige onderschrijft dat er een behoefte is aan verpleging en/of verzorging langer dan een jaar: Ja nee
- Op basis van de indicatie is er een gemiddelde zorgbehoefte van (uren in cijfers en volledig in letters uitschrijven)

Persoonlijke verzorging Uren per week: , voluit:

Verpleging Uren per week: , voluit:

Datum ingang indicatie Persoonlijke verzorging:

Datum einde indicatie Persoonlijke verzorging:

Datum ingang indicatie Verpleging:

Datum einde indicatie Verpleging:

Evaluatiedatum:

Door ondertekening van dit formulier verklaart u dat de indicatiestelling, evaluatie en dossiervorming conform V&VN normenkader is uitgevoerd.

Gegevens verpleegkundige

Naam:

Telefoonnummer:

BIG-nummer: Niveau verpleegkundige:

Naam zorgorganisatie:

AGB-code:

Handtekening verpleegkundige: Datum: - -

4. Akkoord door verzekerde of wettelijk vertegenwoordiger

De verzekerde gaat akkoord met de indicatiestelling en bovenstaande specificatie daarvan.

Naam verzekerde:

Handtekening verzekerde:

Datum: - -

Naam wettelijk vertegenwoordiger*:

Handtekening wettelijk vertegenwoordiger*:

Datum*: - -

Door dit aanvraagformulier te ondertekenen verklaart u bovenstaand volledig en naar waarheid te hebben ingevuld.

DEEL 2: Verzekerde deel

Dit aanvraagformulier wordt door de verzekerde of wettelijk vertegenwoordiger ingevuld.

1. Geadresseerde

Dit aanvraagformulier is bestemd voor:

SZVK

2. Aanvrager

Voor wie vraagt u een persoonsgebonden budget (pgb) aan?

Achternaam:

Voorletters:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Geboortedatum:

BSN:

Verzekerde/relatienummer:

Telefoonnummer:

Email:

3. Wettelijk vertegenwoordiger

Dit hoeft u alleen in te vullen als de persoon genoemd onder vraag 2 een wettelijk vertegenwoordiger heeft. Een wettelijk vertegenwoordiger is één van de ouders (voor een persoon jonger dan 18 jaar), een voogd, curator, mentor of bewindvoerder.

Als u voogd, curator, mentor of bewindvoerder bent dan stuurt u als bewijs hiervan een kopie mee van de brief ('beschikking') van de rechtbank. Dat is belangrijk, omdat wij uw aanvraag anders niet kunnen behandelen.

Achternaam:

Voorletters:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Geboortedatum:

Telefoonnummer:

Of indien bewindvoerder een organisatie is

Naam organisatie:

KvK-nummer organisatie:

Adres:

Postcode en plaats:

Relatie tot aanvrager:

Telefoonnummer:

4. Motivatie voor pgb aanvraag

U heeft het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging behorend bij uw verzekering gelezen.

Kruis aan welke zorgbehoeften van toepassing zijn op uw zorgvraag:

- het vaak (meer dan driemaal per week) nodig hebben van zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- zorg die vooraf slecht is in te plannen, omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;
- zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
- de noodzaak voor vaste zorgaanbieders gegeven de specifieke zorgverlening of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

Door ondertekening van dit formulier verklaart u dat u in staat bent:

- op eigen kracht of met hulp van de wettelijk 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), en
- op eigen kracht of met hulp van de wettelijk vertegenwoordiger een weloverwogen keuze kunt 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.

5. Gegevens huisarts

U stemt in dat uw zorgverzekeraar contact mag opnemen met de verpleegkundige en uw huisarts om uw medische gegevens omtrent deze aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en/of verzorging in te zien.

De gegevens van uw huisarts zijn:

Naam huisarts:

Adres:

Postcode en woonplaats:

6. Uw rechten en plichten

- U stemt in met het Reglement verpleging en verzorging SZVK.
- Als de zorg die door de natuurlijk persoon geboden wordt (mede) voorbehouden handelingen betreft, dan moet dit conform de Wet BIG plaatsvinden. Dit betekent dat er een door een daartoe bevoegd medisch professional getekend uitvoeringsverzoek moet zijn.
- U stemt in dat de zorgverzekeraar dossiercontrole aan huis of op het kantoor van uw zorgverzekeraar mag uitvoeren.
- U maakt, los van de indicatiestelling, zorgplan en evaluatie door de (wijk)verpleegkundige, tijdens uw pgb periode geen gebruik van verpleging en verzorging via zorg in natura.
- U bent verplicht om een dossier te beheren en na het beëindigen van het pgb budget voor minimaal vijf jaar te archiveren. Dit dossier bevat tenminste: aanvraagformulier pgb, budgetplan, zorgovereenkomsten met zorgaanbieders, getekende uitvoeringsverzoeken, kopie nota's van zorgaanbieders en de kopie van de declaraties bij de zorgverzekeraars. U bent verplicht om gegevens uit dit dossier te overhandigen aan uw zorgverzekeraar, indien daarom wordt gevraagd.

7. Wat stuurt u met deze aanvraag mee?

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

- Verpleegkundig deel (deel 1)
- Verzekerde deel (deel 2)
- Budgetplan (deel 3)

2.) Als u voogd, curator, mentor of bewindvoerder bent, stuurt u een kopie mee van de brief ('beschikking') van de rechtbank.

Dat is belangrijk, omdat wij uw aanvraag anders niet kunnen behandelen. Dit is niet nodig als de ouder de wettelijk vertegenwoordiger is.

3.) Indien van toepassing: getekende uitvoeringsverzoeken

8. Ondertekening

Naam verzekerde:

Handtekening verzekerde:

Datum:

 - -

Naam wettelijk vertegenwoordiger*:

Handtekening wettelijk vertegenwoordiger*:

Datum*:

 - -

Door dit aanvraagformulier te ondertekenen verklaart u bovenstaand volledig en naar waarheid te hebben ingevuld.

* Indien van toepassing

DEEL 3: Budgetplan

Dit budgetplan wordt door de verzekerde of wettelijk vertegenwoordiger ingevuld. ¹

(Een toelichting op het formulier staat in de bijlage)

1. Geadresseerde

Dit formulier is bestemd voor:

SZVK

2. Aanvrager

Voor wie vraagt u een persoonsgebonden budget aan?

Achternaam:

Voorletters:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Geboortedatum:

BSN:

Verzekerde/relatienummer:

Telefoonnummer:

3. Waarom wilt u een pgb?

Krijgt de verzekerde op dit moment al verzorging en/of verpleging in natura via de thuiszorg?

Ja

Vul hier in van welke thuiszorgorganisatie de verzekerde deze zorg krijgt.

Nee

Leg uit waarom u een pgb wilt.

¹ Indien u te weinig ruimte heeft, kunt u een extra bladzijde toevoegen.

Waarom dient u deze aanvraag in?

- Het betreft een geheel nieuwe aanvraag.
- Het betreft een nieuwe aanvraag omdat de bestaande indicatie eindigt.
- Het betreft een aanvraag omdat de bestaande zorgbehoefte/indicatie is gewijzigd.
- Het betreft een aanvraag omdat de termijn van 5 jaar van mijn huidige budgetplan is verstreken.

Kan een gecontracteerde zorgaanbieder ² bij u in de buurt de volledige zorg geven die u via een pgb zelf wilt regelen?

- Ja
- Nee

Waarom is dit niet mogelijk?

Met welke zorgorganisatie heeft u contact opgenomen?

Naam organisatie:

Naam contactpersoon :

Telefoonnummer:

4. Beschrijf hier hoe u de zorg wilt gaan regelen

Leg hier kort uit hoe u de geïndiceerde zorg wilt gaan regelen, gedurende de hele week. Beschrijf waarom u deze zorg vanwege uw ziekte/aandoening op deze wijze nodig hebt.

5. Bij welke zorgaanbieders wilt u de zorg gaan inkopen?

Bij welke formele zorgaanbieders wilt u de zorg gaan inkopen?

	Naam	Postcode en huisnummer	Plaats	AGB nummer	Kamer van Koophandel nummer
a					
b					
c					
d					
e					
f					

² U kunt dit nagaan op onze website.

7. Ondertekening

Ingangsdatum - -

Wilt u uw nieuwe budget per 1 januari 2016 in laten gaan? Ja
(indien u dit niet invult gaat uw nieuwe budget in op het moment dat uw indicatie is toegezegd).

Naam:

Datum: - -

Plaats:

Handtekening:

Door dit budgetplan te ondertekenen verklaart u naar waarheid alle gegevens te hebben ingevuld. Daarnaast besteedt u het persoonsgebonden budget aan zorg volgens de verzekeringsvoorwaarden en het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging SZVK. Anders moet u of uw wettelijk vertegenwoordiger dit terugbetalen.

Bijlage bij deel 3

Toelichting

Uitleg: wij willen graag weten waarom u kiest voor een pgb en of u hebt gekeken of de zorg ook via onze gecontracteerde zorgaanbieders kunt regelen.

Formele zorgaanbieder

Zorgaanbieder die persoonlijke zorg levert zoals bedoeld in de Wet Marktordening gezondheidszorg (Wmg). Dit zijn zowel natuurlijk personen als rechtspersonen die beroepsmatig of bedrijfsmatig zorg verlenen en voldoen aan de hieronder opgesomde kwalificaties:

- Deze formele zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel.
- Verpleegkundigen met de volgende diploma's: A, B of Z, MBO-V, HBO-V of diploma verpleegkundige met niveau 4 en 5 vallen onder deze categorie. Zij moeten daarbij een geldige inschrijving in het BIG-register hebben.
- Daarnaast wordt ook de Helpende Zorg en Welzijn (niveau 2) en Verzorgende Individuele Gezondheidszorg (niveau 3) als formele zorgaanbieder aangemerkt.
- Uit te breiden met professionals met een andere opleiding dan hierboven opgesomd, nader door de zorgverzekeraar te bepalen, waaronder diploma Pedagogisch Werker (S)PW (niveau 2, 3, 4), Medewerker maatschappelijke zorg MMZ (niveau 3 en 4) en Medewerker Gehandicaptenzorg (niveau 3 en 4).

Al deze zorgaanbieders moeten bevoegd (geschoold) en bekwaam (praktijkvaardig) zijn om de verpleegkundige en/of verzorgende zorgverlening uit te voeren op grond van de voor hun geldende wet- en regelgeving.

Daarbij geldt dat alleen zorgaanbieders die feitelijk de zorg verlenen bij de verzekerde in aanmerking komen voor deze typering van formele zorgaanbieder. Hierdoor worden rechtspersonen en ZZP'ers die andere zorgaanbieders inzetten dan uit bovenstaande opsomming is toegestaan, uitgesloten, als vallend onder de definitie van formele zorgaanbieder, zoals hierboven is bedoeld.

Natuurlijk persoon

Natuurlijk persoon die niet beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent in het kader van het pgb verpleging en verzorging en die niet valt onder de definitie van formele zorgaanbieder.