

Deel 2: Verzekerde deel aanvraag 2022

Dit deel wordt door de verzekerde of een (wettelijk) vertegenwoordiger ingevuld¹.

N.B. het is belangrijk dat u de inhoud het Reglement Zvw-pgb 2022 kent. Dit reglement is beschikbaar op onze website via Salland.

1. Gegevens verzekerde (voor wie is het pgb bedoeld)

Achternaam:	<input type="text"/>	
Voorletters:	<input type="text"/>	M/V: <input type="text"/>
Geboortedatum:	<input type="text"/>	
BSN:	<input type="text"/>	
Telefoonnummer:	<input type="text"/>	
E-mail:	<input type="text"/>	
Relatienummer verzekeraar:	<input type="text"/>	
Naam en telefoonnummer huisarts:	<input type="text"/>	

2. Een (wettelijk) vertegenwoordiger

Een wettelijke vertegenwoordiger is voor een persoon jonger dan 18 jaar één van de ouders, voor zover deze het ouderlijk gezag heeft, of een voogd. Voor personen van 18 jaar en ouder is het een curator, mentor of bewindvoerder, door de Rechtbank vastgesteld.

Een vertegenwoordiger is een familielid (bloed- en aanverwanten in de 1^e of 2^e graad) die niet aan de definitie van een wettelijke vertegenwoordiger voldoet.

Heeft u een (wettelijk) vertegenwoordiger?	
<input type="checkbox"/>	Ja, namelijk wettelijk vertegenwoordiger, vul gegevens hieronder in
<input type="checkbox"/>	Ja, namelijk vertegenwoordiger, vul gegevens hieronder in
<input type="checkbox"/>	Nee

Gegevens van uw (wettelijk) vertegenwoordiger:	
Achternaam:	<input type="text"/>
Voorletters:	<input type="text"/>
Adres:	<input type="text"/>
Postcode en plaats:	<input type="text"/>
Geboortedatum:	<input type="text"/>
Telefoonnummer:	<input type="text"/>
Relatie tot verzekerde:	<input type="text"/>

Gegevens van uw bewindvoerder, als de bewindvoerder een organisatie is:

Naam organisatie:	
KvK nummer organisatie:	
Postcode en plaats:	
Contactpersoon:	
Telefoonnummer:	

3. Reden van de pgb aanvraag

Wat is de reden van de aanvraag?

<input type="checkbox"/>	Ik heb voor het eerst verzorging/verpleging (wijkverpleging) nodig en vraag daarvoor een pgb aan
<input type="checkbox"/>	Ik ontvang reeds verzorging/verpleging (wijkverpleging) maar wil hiervoor geheel of gedeeltelijk overstappen naar een Zvw-pgb
<input type="checkbox"/>	Ik ontvang reeds een Zvw-pgb en mijn indicatie loopt af
<input type="checkbox"/>	Ik verander van zorgaanbieder(s) <i>(u hoeft het verpleegkundige deel 1 van het Aanvraagformulier Zvw-pgb niet opnieuw aan de verzekeraar te sturen)</i>
<input type="checkbox"/>	Ik ontvang reeds een Zvw-pgb en mijn zorgbehoefte is gewijzigd

4. Gecontracteerde aanbieder

Ontving u voor de aanvraag wijkverpleging van een gecontracteerde aanbieder?

<input type="checkbox"/>	Nee
<input type="checkbox"/>	Ja, van:

7. Bij welke zorgaanbieders wilt u de zorg inkopen?

Vul in onderstaand schema in bij welke zorgaanbieders u de zorg wilt inkopen.

Naam	Geboortedatum	Postcode en huisnummer	Plaats	Bloed- of aanverwante in de 1 ^e of 2 ^e graad	AGB-code*
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	

Zie reglement, artikel 13 in het Reglement Zvw-pgb Salland voor toelichting definitie informele/formele zorgverlener.

8. Welke afspraken maakt u met uw zorgverlener?

Vul in onderstaand schema in welke zorg u bij uw zorgverlener(s) wilt inkopen. De totale tijd die u verdeelt over uw zorgverleners moet overeenkomen met de indicatie die de wijkverpleegkundige/kinderverpleegkundige gesteld heeft op deel 1 van het aanvraagformulier.

Naam zorgverlener	Formele of informele zorgverlener	Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging	Aantal uren/minuten per week verpleging
Totaal uren/minuten			

In bovenstaande tabel heeft u weergegeven welke afspraken u maakt met uw zorgverleners, gericht op het pgb. Maakt u, of zijn er naast deze pgb afspraken, ook afspraken met Zorg in Natura aanbieders?

<input type="checkbox"/>	Ja, namelijk (naam zorgaanbieder en omschrijving zorgafspraken):
<input type="checkbox"/>	Nee

Wanneer wilt u uw PGB in laten gaan?

<input type="checkbox"/>	Zo spoedig mogelijk?
<input type="checkbox"/>	Ik wil mijn PGB in laten gaan op _____ - _____ - _____ (DD-MM-JJ) ³

Geef aan van wie u zorg krijgt als uw zorgaanbieders afwezig zijn vanwege ziekte en/of vakantie

Bij persoonlijke verzorging:

Bij verpleging:

9. Wat stuurt u met deze aanvraag mee?

Bij deze aanvraag dient meegestuurd te worden:

1.	Verpleegkundige deel (deel 1)
2.	Dit formulier zijnde, verzekerde deel (deel 2)
3.	Het actuele zorgplan (ondertekend door u en de wijkverpleegkundige)
4.	kopie mee van de brief ('beschikking') van de rechtbank of van de notariële akte als u voogd, curator, mentor, bewindvoerder of door de notaris gemachtigde vertegenwoordiger bent. Dit is niet nodig als u de ouder en daarmee de wettelijke vertegenwoordiger bent van een kind jonger dan 18 jaar, dan volstaat een kopie van een geldig identiteitsbewijs.
5.	Verklaring van een arts dat er sprake is van Palliatief Terminale Zorg (indien van toepassing)

10. Ondertekening

Ik verklaar:

- dat ik instem met het Reglement Zvw-pgb 2022 van Salland;
- dat ik toestemming geef om het zorgplan mee te sturen met de aanvraag;
- dat de vastgestelde zorgbehoefte in het verpleegkundige deel (aanvraagformulier deel 1) van de aanvraag met mij is besproken;
- dat ik naast de meegestuurde indicatie niet over andere indicatie(s) voor verpleging en verzorging in de thuissituatie (conform art. 2.10 Bzv) beschik;
- dat ik er mee instem dat Salland contact opneemt met de indicerende verpleegkundige, mijn huisarts en/of mijn medisch specialist om mijn (medische) gegevens omtrent deze aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en/of verzorging in te zien;
- dat ik in staat ben op eigen kracht of met hulp van de (wettelijke) 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);
- dat ik in staat ben op eigen kracht of met hulp van de (wettelijke) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te 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;
- dat ik niet in het bezit ben van een indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz);
- dat ik op de hoogte ben van de aan verzekerde gestelde verantwoordelijkheden zoals opgenomen in het Reglement Zvw-pgb 2022 Salland;
- dat ik mijn vertegenwoordiger toestemming geef om een Bewuste-keuze gesprek te voeren met de zorgverzekeraar indien Salland daarom vraagt;
- dat ik alle gegevens naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid heb ingevuld en dat ik geen bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag heb verzwegen;
- dat ik weet dat verzwijging van de voor Salland belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van dit formulier ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt;
- dat ik alle wijzigingen die van invloed kunnen zijn op het pgb doorgeef aan Salland.

Ondertekening

Datum:	
Naam verzekerde of wettelijk vertegenwoordiger ⁴ :	
Handtekening verzekerde of wettelijk vertegenwoordiger ⁵ :	
Handtekening wettelijk vertegenwoordiger ⁶ :	