

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

1. Gegevens verzekerde (budgethouder)

Achternaam:

Voorletters:

M/V:

Geboortedatum:

BSN:

Telefoonnummer:

E-mail:

Relatienummer verzekeraar:

2. Soort wijziging

Welke wijziging wilt u aan ons doorgeven?	
<input type="checkbox"/>	Wijziging (wettelijk) vertegenwoordiger (ga naar vraag 3)
<input type="checkbox"/>	Opname van langer dan 2 weken in een zorginstelling of ziekenhuis (ga naar vraag 4)
<input type="checkbox"/>	Beëindiging Zvw-pgb (ga naar vraag 5)
<input type="checkbox"/>	Overstap naar Wet Langdurige Zorg (ga naar vraag 5)
<input type="checkbox"/>	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 (ga naar vraag 5)
<input type="checkbox"/>	Wijziging zorgverlener (ga naar vraag 6)
<input type="checkbox"/>	Start Zorg in Natura naast een al bestaand Zvw-pgb (ga naar vraag 7)
<input type="checkbox"/>	Anders, namelijk:

NB. Wijzigt de aard, omvang of de duur van uw zorgvraag, of wijzigt de verhouding tussen het Zvw-pgb en Zorg in Natura, dan moet u een nieuwe indicatie bij de wijkverpleegkundige aanvragen en een nieuwe aanvraag Zvw-pgb indienen. Ook als u minder zorg nodig heeft.

3. Wijziging (wettelijk) vertegenwoordiger

Wat is de ingangsdatum van de wijziging?

Datum:

Nieuwe gegevens van uw (wettelijk) vertegenwoordiger

Achternaam:	
Voorletters:	
Adres:	
Postcode en plaats:	
Geboortedatum:	
Telefoonnummer:	

Wat is uw relatie tot de budgethouder?

<input type="checkbox"/>	Ik ben vertegenwoordiger van de budgethouder. U moet dit formulier samen met de pgb-houder ondertekenen.
<input type="checkbox"/>	Ik ben benoemd tot wettelijk vertegenwoordiger. U moet dit formulier ondertekenen. Tevens stuurt u een kopie van de beschikking van de rechtbank mee.

4. Opname

Ik word/ben langer dan 2 weken opgenomen in een zorginstelling of ziekenhuis

Opnamedatum:	
Naam zorginstelling / ziekenhuis:	
Plaatsnaam:	
Ontslagdatum (indien bekend):	

5. Beëindiging Zvw-pgb

Wat is de gewenste datum van beëindiging van het Zvw-pgb?

Datum:

Wat is de reden van de beëindiging van het Zvw-pgb?

<input type="checkbox"/>	Ik heb geen zorg meer nodig
<input type="checkbox"/>	Ik ga volledig over op Zorg in Natura
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	Ik heb een indicatie voor zorg die vergoed wordt uit de Wet Langdurige Zorg
<input type="checkbox"/>	Anders namelijk:

6. Wijziging zorgverlener
Wat is de ingangsdatum van de wijziging?

Datum:

Nieuwe gegevens van uw zorgverlener

Achternaam:	
Voorletters:	
Adres:	
Postcode en plaats:	
Geboortedatum:	
Telefoonnummer:	

Betreft de nieuwe zorgverlener een bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nee

Heeft de zorgverlener een AGB code?

<input type="checkbox"/>	Ja namelijk:
<input type="checkbox"/>	Nee

U dient een AGB-code in te vullen als uw zorgverlener beschikt over een AGB-code uit een van de volgende categorieën:

*41 ZPZ-ers in de wijkverpleging / pgb aanbieders / beheerinstellingen

*42 verzorgingshuizen

*75 thuiszorginstellingen

*91 verpleegkundigen

*98 declaranten/servicebureaus/zorgverzekeraars;

En die zelfstandig of namens de hiervoor bedoelde instelling werkzaam is als wijkverpleegkundig specialist, wijkverpleegkundige, verpleegkundige met diploma MBO-verpleegkunde of een verzorgende IG of verzorgende niveau 3 is.

Een bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad of uw echtgenoot, geregistreerd partner of levensgezel komen nooit in aanmerking voor het formele tarief.

Vul in onderstaand schema in welke zorg u bij uw zorgverlener(s) wil inkopen, gericht op het pgb. 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	Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging	Aantal uren/minuten per week verpleging
Totaal uren/minuten		

7. Start Zorg in Natura

Wat is de ingangsdatum van start Zorg in Natura?

Datum:

Gegevens van Zorg in Natura aanbieder

Naam:

Adres:

Postcode en plaats:

Telefoonnummer:

AGB code:

Vul in onderstaand schema in welke zorg de Zorg in Natura aanbieder verleent.

Zorgvraag (b.v. wondzorg, hulp bij douchen etc)	Aantal uren / minuten per week persoonlijke verzorging	Aantal uren / minuten per week verpleging

Wat is de einddatum van de Zorg in Natura? (indien bekend)

Datum:

8. Ondertekening

Kruis aan wat voor u van toepassing is:

- Ik ben budgethouder
- Ik ben wettelijk vertegenwoordiger (in dit geval tekent de pgb-houder niet mee)
- Ik ben vertegenwoordiger (in dit geval tekent zowel de pgb-houder als de vertegenwoordiger)

Naam:

Datum:

Plaats:

Handtekening pgb-houder en/of wettelijk vertegenwoordiger:

Meer weten?

Heeft u nog vragen? Neem dan gerust contact op met onze klantenservice. Wij zijn bereikbaar op werkdagen van 8.00 tot 18.00 uur op telefoonnummer (0570) 68 74 84. Wij helpen u graag verder.

U stuurt dit formulier naar:

toestemming@eno.nl

Of per post naar:

Salland zorgverzekeringen

t.a.v. afdeling declaratie

Postbus 166, 7400 AD Deventer