

Toelichting

Met dit formulier kan je diverse wijzigingen met betrekking tot jouw Zvw-pgb aan ons doorgeven.

1. Gegevens verzekerde (budgethouder)

Relatienummer

Achternaam

Voorletters

Adres

Postcode

Plaats

Geboortedatum

BSN

Telefoonnummer

E-mail

2. Soort wijziging

Welke wijziging wil je aan ons doorgeven?

Wijziging (wettelijk) vertegenwoordiger (ga naar vraag 3)

Opname van langer dan 2 weken in een zorginstelling of ziekenhuis (ga naar vraag 4)

Beëindiging Zvw-pgb (ga naar vraag 5)

Overstap naar Wet Langdurige Zorg (ga naar vraag 5)

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)

Wijziging zorgverlener (ga naar vraag 6)

Start Zorg in Natura naast een al bestaand Zvw-pgb (ga naar vraag 7)

Anders, namelijk

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

3. Wijziging (wettelijk) vertegenwoordiger

Wat is de ingangsdatum?

Nieuwe gegevens van uw (wettelijk) vertegenwoordiger

Achternaam

Voorletters

Adres

Postcode

Plaats

Geboortedatum

BSN

Telefoonnummer

E-mail

Wat is je relatie tot de budgethouder?

Ik ben vertegenwoordiger van de budgethouder. Je moet dit formulier samen met de pgb-houder ondertekenen.

Ik ben benoemd tot wettelijk vertegenwoordiger. Je moet dit formulier ondertekenen. Tevens stuur je 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

Ontslagdatum

Indien bekend

Naam zorginstelling / ziekenhuis

Plaatsnaam

5. Beëindiging Zvw-rgb

Beëindigingsdatum van het Zvw-rgb

Wat is de reden van de beëindiging?

Ik heb geen zorg meer nodig

Ik ga volledig over op Zorg in Natura

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

Ik heb een indicatie voor zorg die vergoed wordt uit de Wet Langdurige Zorg

Anders, namelijk

6. Wijziging zorgverlener

Wat is de ingangsdatum?

Nieuwe gegevens van uw zorgverlener

Achternaam

Voorletters

Adres

Postcode

Plaats

Geboortedatum

BSN

Telefoonnummer

E-mail

Relatie met de zorgverlener

Bloed- of aanverwanten 1e graad

Bloed- of aanverwanten 2e graad

Geen Bloed - of aanverwanten 1/2e graad

Wat is de AGB code?

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

- 41 ZZP-ers in de wijkverpleging / pgb aanbieders / beheerstichtingen
- 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.

Zorgverlener 1

Naam zorgverlener

Verzorging

Aantal uren/minuten per week

Verpleging

Aantal uren/minuten per week

Zorgverlener 2

Naam zorgverlener

Verzorging

Aantal uren/minuten per week

Verpleging

Aantal uren/minuten per week

Zorgverlener 3

Naam zorgverlener

Verzorging

Aantal uren/minuten per week

Verpleging

Aantal uren/minuten per week

Zorgverlener 4

Naam zorgverlener

Verzorging

Aantal uren/minuten per week

Verpleging

Aantal uren/minuten per week

Zorgverlener 5

Naam zorgverlener

Verzorging

Aantal uren/minuten per week

Verpleging

Aantal uren/minuten per week

Zorgverlener 6

Naam zorgverlener

Verzorging

Aantal uren/minuten per week

Verpleging

Aantal uren/minuten per week

Totaal uren/minuten

7. Start Zorg in Natura

Wat is de
ingangsdatum?

Gegevens van Zorg in Natura aanbieder

Achternaam

Voorletters

Adres

Postcode

Plaats

Geboortedatum

BSN

Telefoonnummer

E-mail

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

Zorgvraag 1

Zorgvraag

Bijv. wondzorg, hulp bij douchen etc.

Verzorging

Verpleging

Aantal uren/minuten per week

Aantal uren/minuten per week

Zorgvraag 2

Zorgvraag

Bijv. wondzorg, hulp bij douchen etc.

Verzorging

Verpleging

Aantal uren/minuten per week

Aantal uren/minuten per week

Zorgvraag 3

Zorgvraag

Bijv. wondzorg, hulp bij douchen etc.

Verzorging

Verpleging

Aantal uren/minuten per week

Aantal uren/minuten per week

Wat is de einddatum?

Indien bekend

8. Ondertekening

Welke is van
toepassing?

Ik ben budgethouder

Ik ben wettelijk vertegenwoordiger

Ik ben vertegenwoordiger

Naam

Datum

Plaats

Handtekening

Ben je de wettelijk vertegenwoordiger, in dit geval tekent de pgb-houder niet mee. Ben je de vertegenwoordiger, in dit geval tekent zowel de pgb-houder als de vertegenwoordiger.

Contact

Heb je overige vragen? Neem dan contact op met onze klantenservice, via het contactformulier op de website www.salland.nl. Je kunt ook contact opnemen via WhatsApp op telefoonnummer 06 86 87 98 27 of bellen met (0570) 68 74 84. De klantenservice is op werkdagen te bereiken van 8.00 tot 18.00 uur.

Opsturen

Dit formulier opsturen naar:

Salland Zorgverzekeringen
Afdeling declaratie
Postbus 166
7400 AD Deventer

E-mail: toestemming@salland.nl