

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

Op werkdagen geopend
van 8.00 tot 17.00 uur

1. Gegevens verzekerde (budgethouder)

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"/>	

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-rgb (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-rgb (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-rgb en Zorg in Natura, dan moet u een nieuwe indicatie bij de wijkverpleegkundige aanvragen en een nieuwe aanvraag Zvw-rgb 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?

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

- 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 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 hoeft geen AGB code in te vullen:

als uw zorgaanbieder uw partner is of een bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad

of

als er sprake is van een arbeidsovereenkomst met een zorgverlener (die niet beschikt over een BIG registratie verpleegkundige niveau 4 of 5)

of

als uw zorgaanbieder niet als zorg verlenende instantie (SBI 86-87-88) staat ingeschreven in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel.

Voor alle overige zorgaanbieders vult u een AGB code in. De AGB code kunt u bij uw zorgaanbieder opvragen. Beschikt uw zorgaanbieder er niet over, dan kan uw zorgaanbieder deze mogelijk bij Vektis opvragen. Zie daarvoor www.agbcode.nl.

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 19.00 uur en op zaterdag van 9.00 tot 13.00 uur op telefoonnummer (0570) 68 74 84. Wij helpen u graag verder.

U stuurt dit formulier naar:

Salland Zorgverzekeringen
t.a.v. afdeling declaratie (pgb)
Postbus 166, 7400 AD Deventer

Of per e-mail naar declaratie@eno.nl