

## OMZETTINGSFORMULIER

### Omzetting van Persoonsgebonden Budget (PGB) naar Zorg in Natura (ZIN)

Dit formulier gebruikt u als u een deel van uw zorg binnen uw indicatiebesluit of uw gehele indicatie wilt omzetten van een Persoonsgebonden Budget (PGB) naar Zorg in Natura (ZIN).

#### Gegevens van de budgethouder

Naam: \_\_\_\_\_ Burgerservicenummer: \_\_\_\_\_  
 Voorletters: \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
 Adres: \_\_\_\_\_ Geslacht: \_\_\_\_\_  
 Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_  
 Telefoon (vast): \_\_\_\_\_ Mobiel: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_

#### Verzoek tot omzetting van een persoonsgebonden budget (PGB) naar zorg in natura (ZIN)

Wilt u aanvinken welke zorg u om wilt zetten naar zorg in natura en per welke datum dit dient te gebeuren?

U kunt aangeven van welke zorgaanbieder u zorg in natura wilt ontvangen. Wij zorgen er dan voor dat de desbetreffende zorgaanbieder uw indicatiebesluit ontvangt. U kunt de naam en de locatie van de aanbieder onder voorkeursaanbieder noteren, indien dit niet bekend is hoeft u hier niets in te vullen.

Type zorg	Datum	Voorkeursaanbieder
<input type="checkbox"/> gehele zorgprofiel/indicatie	___ - ___ - _____	_____
<input type="checkbox"/> een gedeelte van het zorgprofiel/indicatie		
<input type="checkbox"/> persoonlijke verzorging	___ - ___ - _____	_____
<input type="checkbox"/> verpleging	___ - ___ - _____	_____
<input type="checkbox"/> begeleiding groep	___ - ___ - _____	_____
<input type="checkbox"/> begeleiding individueel	___ - ___ - _____	_____
<input type="checkbox"/> logeeropvang	___ - ___ - _____	_____
<input type="checkbox"/> huishoudelijke Verzorging	___ - ___ - _____	_____

#### Reden omzetting

Welke reden heeft u om uw persoonsgebonden budget om te zetten in zorg in natura (slechts één antwoord mogelijk).

- Vanwege opname
- PGB administratieve verplichtingen niet langer gewenst
- Zorgaanbieder biedt alleen ZIN
- CIZ/BJZ heeft de leveringsvorm verkeerd aangegeven
- Anders, namelijk: \_\_\_\_\_

**LET OP: VULT U OOK DE ACHTERZIJDE VAN HET FORMULIER IN ANDERS KUNNEN WIJ DE AANVRAAG NIET IN BEHANDELING NEMEN**

## Ondertekening

Naam: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_ Handtekening: \_\_\_\_\_

Het formulier is ondertekend door de:

- Budgethouder
- Wettelijk vertegenwoordiger: Ouders zijn wettelijk vertegenwoordigers voor budgethouders jonger dan 18 jaar. Ook een door de rechter aangewezen voogd, curator of bewindvoerder valt onder wettelijk vertegenwoordiger.
- Gewaarborgde hulp

Wilt u in geval van wettelijk vertegenwoordiger aanvinken wie de wettelijk vertegenwoordiger is en de gegevens van de wettelijk vertegenwoordiger invullen:

- Ouder(s)
- Bewindvoerder
- Curator
- Voogd

## Gegevens van de wettelijk vertegenwoordiger of gewaarborgde hulp

Naam: \_\_\_\_\_ Burgerservicenummer: \_\_\_\_\_

Voorletters: \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_ Geslacht: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoon (vast): \_\_\_\_\_ Mobiel: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Rekeningnummer: \_\_\_\_\_

**WILT U CONTROLEREN OF U ALLES VOLLEDIG EN JUIST HEEFT INGEVULD?  
DIT FORMULIER VERVOLGENS ONDERTEKEND TERUG STUREN NAAR UW ZORGKANTOOR  
(Zorgkantoor Midden IJssel, postbus 40, 7400 AA Deventer)**