

## Wijzigingsformulier

*De budgethouder of diens vertegenwoordiger is verplicht, aan het zorgkantoor wijzigingen door te geven die van belang zijn voor de toekenning van het persoonsgebonden budget.*

### Persoonlijke gegevens van de budgethouder

Naam:  
Voorletters:

### Pers.nr

Geboortedatum:

Man

### Dossiernr.

Vrouw

### Oude gegevens

Straat:  
Postcode:  
Telefoonnummer:  
Rekeningnummer:  
Ten name van:  
Woonplaats:

Huisnummer:  
Woonplaats:

### Nieuwe gegevens

Straat:  
Postcode:  
Telefoonnummer:  
Rekeningnummer:  
Ten name van:

Huisnummer:

Woonplaats:

**(kopie bankpas meesturen)**

Indien rekeningnummer niet t.n.v. budgethouder:

relatie met budgethouder is  ouders óf

voogd (**beschikking rechtbank meesturen**) óf

bewindvoerder / curator\* (**beschikking rechtbank meesturen**)

Woonplaats:

### Gegevens wettelijke vertegenwoordiger / zaakwaarnemer / gevolmachtigde

Naam :  
Voorletter(s):

Geboortedatum:  
 Man  Vrouw

**Budgethouder wenst geen persoonsgebonden budget meer te hebben.**

Reden :

Datum einde PGB:

**Budgethouder is opgenomen in een AWBZ-instelling**

Naam instelling: .....

Datum opname: .....

Datum einde PGB: .....

Anders, namelijk

Datum einde PGB:

Datum betreffende wijziging .....

Handtekening budgethouder/ wettelijk vertegenwoordiger:

*Dit formulier invullen en opsturen naar: Zorgkantoor Midden IJssel, Postbus 166, 7400 AD, Deventer*

*\* a.u.b. doorhalen hetgeen niet van toepassing is.*