

Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget deel 2 verpleging en verzorging (Zvw-pgb) 2024

DEEL 2: Verzekerde deel aanvraag Zvw-pgb 2024

Dit deel wordt door de verzekerde of een (wettelijke) vertegenwoordiger ingevuld.¹

Wij verzoeken u voor het invullen het Reglement Zvw-pgb 2024 te raadplegen.

Dit reglement is beschikbaar op onze website, maar u kunt het ook bij ons opvragen.

¹ Indien u te weinig ruimte heeft, kunt u een extra bladzijde toevoegen.



Ik heb een zorgverzekering van:

a.s.r.

Ik kies zelf van a.s.r. (voorheen Ditzo)

1. Gegevens verzekerde

Achternaam

Voorletters

Geboortedatum

 - -

BSN nummer

Telefoon

E-mail

Relatienummer verzekeraar

Naam en telefoonnummer huisarts

2. Een (wettelijke) vertegenwoordiger

Een wettelijke vertegenwoordiger is voor een persoon jonger dan 18 jaar één van de ouders, voor zover deze het ouderlijk gezag heeft, of een voogd. Voor personen van 18 jaar en ouder is het een curator, mentor of bewindvoerder, door de Rechtbank vastgesteld. U dient een kopie mee te sturen van de brief ('beschikking') van de rechtbank als u de wettelijke vertegenwoordiger bent.

Heeft u een (wettelijke) vertegenwoordiger?

Ja, namelijk wettelijke vertegenwoordiger, vul gegevens hieronder in

Ja, namelijk vertegenwoordiger, vul gegevens hieronder in

Nee

Gegevens van uw (wettelijke) vertegenwoordiger

Achternaam

Voorletters

Adres

Postcode

Woonplaats

Geboortedatum - -

Telefoon

Relatie tot verzekerde

Gegevens van uw bewindvoerder, als de bewindvoerder een organisatie is

Naam organisatie

KvK nummer organisatie

Adres

Postcode

Plaats

Contactpersoon

Telefoon

3. Reden van de pgb aanvraag

Wat is de reden van uw aanvraag?

- Ik heb voor het eerst wijkverpleging nodig en vraag daarvoor een Zvw-pgb aan
- Ik ontvang reeds verzorging/verpleging maar wil hiervoor geheel of gedeeltelijk overstappen naar een Zvw-pgb
- Ik ontvang reeds een Zvw-pgb en mijn indicatie loopt af
 ▶ (U hoeft onderdeel 5 niet in te vullen)
- Ik ontvang reeds een Zvw-pgb en mijn zorgbehoefte is gewijzigd

4. Gecontracteerde aanbieder

Ontving u voor deze aanvraag wijkverpleging van een gecontracteerde aanbieder?

- Nee
- Ja, van

5. Waarom wilt u een pgb?

Hieronder dient u toe te lichten:

- Waarom u een pgb wilt voor verpleging en/of verzorging.
- Waarom u niet kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder

6. Door wie wordt de zorg nu verleend en/of wie gaat de zorg verlenen?

Beschrijf welke zorg er al (vrijwillig) verleend wordt en welke zorg er (vrijwillig) verleend zal worden.

7. Bij welke zorgverleners wilt u de zorg inkopen?

Naam	Geboortedatum	Postcode en huisnummer	Plaats	Bloed of aanverwante in de 1e of 2e graad	AGB-code (Indien van toepassing)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/>

► Zie Reglement Zw-pgb 2024, artikel 7.2, voor de toelichting van de definitie informele/formele zorgverlener.

8. Welke afspraken maakt u met uw zorgverlener?

Vul in onderstaand schema in welke zorg u bij uw zorgverlener(s) wil inkopen. De totale tijd die u verdeelt over uw zorgverleners moet overeenkomen met de indicatie die de wijkverpleegkundige gesteld heeft in deel 1 van het aanvraagformulier.

Naam individuele zorgverlener	Formele of informele zorgverlener	Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging	Aantal uren/minuten per week verpleging
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>
Totaal uren/minuten		<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>

In de vorige tabel heeft u weergegeven welke afspraken u maakt met uw zorgverleners, gericht op het pgb. Maakt u ook gebruik van Zorg in Natura?

Ja, namelijk (naam zorgaanbieder)

Omschrijving zorgafspraken

Nee

Wanneer wilt u uw pgb in laten gaan?

Zo spoedig mogelijk²

Ik wil mijn pgb in laten gaan op³ - -

² Het pgb gaat in op de datum dat de verzekeraar de volledig ingevulde en ondertekende aanvraag (zowel deel 1 als deel 2) en het zorgplan heeft ontvangen.

³ Deze datum kan niet vallen voor de ondertekendatum van aanvraag deel 1 en aanvraag deel 2 en daarnaast moet de aanvraag vóór deze ingangsdatum volledig ingevuld en ondertekend met de bijbehorende bijlagen bij de verzekeraar ontvangen zijn.

Geef aan van wie (naam en geboortedatum) u zorg krijgt als uw zorgverleners afwezig zijn vanwege ziekte en/of vakantie.

Bij persoonlijke verzorging:

Bij verpleging:

9. Wat stuurt u met deze aanvraag mee?

Bij deze aanvraag dient meegestuurd te worden:

- 1 Verpleegkundige deel (deel 1)
- 2 Dit formulier zijnde: Verzekerde deel (deel 2)
- 3 Het actuele zorgplan (gedateerd en ondertekend door u en de wijkverpleegkundige)
- 4 Medisch uitvoeringsverzoek (indien van toepassing) ja/nee
- 5 Advies ergotherapeut (indien van toepassing) ja/nee
- 6 Kopie van de brief ('beschikking') van de rechtbank of van de notariële akte als u voogd, curator, mentor, bewindvoerder of door de notaris gemachtigde vertegenwoordiger bent.
- 7 Verklaring van een arts dat er sprake is van Palliatief Terminale Zorg (indien van toepassing)

10. Ondertekening

Ik verklaar:

- dat ik instem met het Reglement Zvw-pgb 2024 van mijn zorgverzekeraar;
- dat ik toestemming geef om het zorgplan mee te sturen met de aanvraag;
- dat de vastgestelde zorgbehoefte in het verpleegkundige deel (aanvraagformulier deel 1) van de aanvraag met mij is besproken;
- dat ik naast de meegestuurde indicatie niet over andere indicatie(s) voor verpleging en verzorging in de thuissituatie (conform art. 2.10 Bzv) beschik;
- dat ik er mee instem dat mijn zorgverzekeraar contact opneemt met de indicerende verpleegkundige, mijn huisarts en/ of mijn medisch specialist om mijn (medische) gegevens omtrent deze aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en/of verzorging in te zien;
- dat ik in staat ben op eigen kracht of met hulp van de (wettelijke) vertegenwoordiger de aan het pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren (o.a. contracten af te sluiten met zorgverleners en om taken te verrichten zoals werving, opleiding, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten);
- dat ik in staat ben op eigen kracht of met hulp van de (wettelijke) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap, en de verkozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
- dat ik niet in het bezit ben van een indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz);
- dat ik op de hoogte ben van de aan verzekerde gestelde verantwoordelijkheden zoals opgenomen in het Reglement Zvw-pgb 2024;
- dat ik mijn vertegenwoordiger toestemming geef om een Bewuste-keuze gesprek te voeren met de zorgverzekeraar indien de zorgverzekeraar daarom vraagt;
- dat ik alle gegevens naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid heb ingevuld en dat ik geen bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag heb verzwegen;
- dat ik weet dat verzwijging van de voor a.s.r. belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van dit formulier ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt;
- dat ik wijzigingen in mijn zorgvraag of andere wijzigingen die van invloed zouden kunnen zijn op de machtiging uiterlijk binnen 4 weken kenbaar maak aan a.s.r., in de vorm van een nieuwe aanvraag. Dat ik op de hoogte ben van de einddatum van mijn machtiging en dat ik, indien nodig, tijdig (uiterlijk 6 weken van tevoren) een nieuwe machtiging aanvraag.

Datum

 - -

Naam verzekerde of wettelijke vertegenwoordiger⁴

Handtekening verzekerde of wettelijke vertegenwoordiger⁵

Handtekening wettelijke vertegenwoordiger⁶

U kunt uw aanvraag ook digitaal versturen via www.asr.nl/service/zorgverzekering-upload

⁴ Wettelijke vertegenwoordiger: stuur kopie beschikking rechtbank mee

⁵ Indien van toepassing

⁶ Is de budgethouder minderjarig? En hebben beide ouders ouderlijk gezag? Dan moet een 2e wettelijke vertegenwoordiger ook ondertekenen.