

1. Gegevens budgethouder

Voorletters en achternaam	_____	m	v
Adres	Huisnummer	_____	_____
Postcode	Woonplaats	_____	_____
Geboortedatum	BSN	_____	_____
Telefoonnummer	E-mail	_____	_____

2. Soort wijziging

Kruis aan welke wijziging(en) u wilt doorgeven. Achter de wijziging staat vermeld welke vragen u moet invullen.

Wijziging (wettelijk) vertegenwoordiger (ga naar vraag 3 en vraag 7)

Wijziging zorgverlener (ga naar vraag 4)

Beëindiging Zvw-pgb (ga naar vraag 5 en vraag 7)

Er vindt een opname langer dan 2 maanden in een ziekenhuis of zorginstelling plaats (ga naar vraag 5 en vraag 6)

Anders, nl.: _____
(ga naar vraag 6)

NB Wijzigt de aard, omvang of de duur van uw zorgvraag, of wijzigt de verhouding tussen het Zvw-pgb en reguliere zorg, dan moet u een nieuwe indicatie bij de wijkverpleegkundige aanvragen en een nieuwe aanvraag Zvw-pgb indienen. Ook als u minder zorg nodig heeft.

3. Wijziging (wettelijk) vertegenwoordiger

Voorletters en achternaam	_____	m	v
Adres	Huisnummer	_____	_____
Postcode	Woonplaats	_____	_____
Geboortedatum	BSN	_____	_____
Telefoonnummer	E-mail	_____	_____

Wat is uw relatie tot de budgethouder?

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

*definitie: Een vertegenwoordiger is een partner, familielid (bloed- en aanverwante in de 1e of 2e graad) die niet aan de definitie van een wettelijke vertegenwoordiger voldoet.

Ik ben benoemd tot wettelijk vertegenwoordiger*

*definitie: 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 door de rechtbank vastgestelde curator, mentor of bewindvoerder.

Aanvullende stukken

Voor het verwerken van de wijziging van de (wettelijk) vertegenwoordiger, hebben wij een kopie van het legitimatiebewijs van de pgb-houder én van de (wettelijk) vertegenwoordiger nodig.

4. Wijziging zorgverlener

Kruis hieronder aan wat van toepassing is.

informele zorgverlener

Bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad Ja Nee

Voornaam en achternaam: _____

Postcode en huisnummer: _____

Woonplaats: _____

formele zorgverlener

Voornaam en achternaam: _____

Postcode en huisnummer: _____

Woonplaats: _____

AGB-code: _____

5. Beëindiging persoonsgebonden budget

Kruis hieronder aan wat de reden is van beëindiging van het Zvw-pgb.

Ik heb geen zorg meer nodig per datum --

Ik ga volledig over op zorg in natura (ZiN) --

Een andere reden, namelijk _____
_____ per datum: --

6. Opname

Ik word/ben opgenomen in het ziekenhuis of een andere zorginstelling voor een periode van 2 maanden of langer.

Opnamedatum: --

Naam ziekenhuis/zorginstelling: _____

Plaatsnaam: _____

7. Ondertekening

Kruis aan wat voor u van toepassing is:

Ik ben budgethouder

Ik ben wettelijk vertegenwoordiger*

Ik ben vertegenwoordiger (bloed of aanverwant in de 1e of 2e graad) **

(*in geval van wettelijk vertegenwoordiging, tekent de pgb-houder niet mee)

(**in geval van vertegenwoordiging, tekent zowel de pgb-houder als de vertegenwoordiger dit formulier)

Naam: _____

Datum: _____

Plaats: _____

Handtekening pgb-houder of wettelijk vertegenwoordiger: _____

Naam: _____

Datum: _____

Plaats: _____

Handtekening vertegenwoordiger: _____

Meer weten?

Heeft u nog vragen? Neem dan contact op met onze afdeling machtigingen via machtigingen@zorgenzekerheid.nl.

Voor meer informatie kunt u ook terecht op [zorgenzekerheid.nl/pgb](https://www.zorgenzekerheid.nl/pgb)

U stuurt dit formulier per mail naar: machtigingen@zorgenzekerheid.nl of per post naar Postbus 400, 2300 AK, Leiden.