

1. Verzekerde (budgethouder)Voorletters en achternaam _____ m v

Straat _____ Huisnummer _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Geboortedatum _____ Relatienummer _____

Telefoonnummer _____ E-mailadres _____

2. Wettelijk vertegenwoordiger (indien van toepassing)Voorletters en achternaam _____ m v

Adres _____ Postcode en woonplaats _____

3. Factuur

Factuurdatum _____

Factuurnummer _____

Dit betreft een datum en nummer die de verzekerde/wettelijk vertegenwoordiger zelf toekent voor zijn eigen administratie.

4.1 Gegevens natuurlijk persoon (uitvoerder van de zorg)

1e Naam _____

Geboortedatum _____

2e Naam _____

Geboortedatum _____

4.2 Gegevens formele zorgverlener. U dient een kopie van de factuur van de zorgverlener(s) bij te voegen.

1e Naam _____

Plaats _____

2e Naam _____

Plaats _____

5. Te declareren zorgkosten. Invullen wat van toepassing is.

Begindatum	Einddatum	Prestatie	Omschrijving	Uren/minuten	Tarief	Totaal
		1009	PGB formeel persoonlijke verzorging			
		1010	PGB natuurlijke persoonlijke verzorging			
		1011	PGB formeel persoonlijke verpleging			
		1012	PGB natuurlijke persoonlijke verpleging			
			Totaalbedrag		€	

6. Handtekening

Naam verzekerde/wettelijk vertegenwoordiger*

Handtekening verzekerde/wettelijk vertegenwoordiger*

Alles ingevuld?

Verstuur deze nota naar Zorg en Zekerheid, Postbus 428, 2300 AK Leiden.

*Doorhalen wat niet van toepassing is