

Informatie aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (PGB VV)

Met dit formulier vraagt u een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (PGB VV) of een verlenging van uw PGB VV aan. Deel 1 wordt door een verpleegkundige HBO niveau 5 ingevuld. Deel 2 wordt door u en/of uw vertegenwoordiger ingevuld. We vragen u het Reglement PGB VV goed door te lezen en het aanvraagformulier volledig in te vullen en te ondertekenen. Het Reglement PGB VV kunt u vinden via www.defriesland.nl/pgb. Wanneer u de wettelijke vertegenwoordiger (anders dan een ouder) bent, stuurt u een kopie van de rechterlijke uitspraak of het bewijs van voogdijschap mee. U dient een kopie van de aanvraagformulieren Zvw-pgb deel 1 en deel 2 en van alle bijlagen in uw eigen administratie te bewaren.

Dit aanvraagformulier heeft als uitgangspunt de meest recente versie van het normenkader 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, V&VN'. Als het aanvraagformulier Zvw-pgb niet volledig is ingevuld, geparafeerd en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, nemen wij de aanvraag niet in behandeling. Dit kan gevolgen hebben voor de ingangsdatum van het pgb.

In het zorgplan, toegevoegd aan deze aanvraag, is ook alle informatie die niet is ingevuld in dit aanvraagformulier terug te vinden. Het zorgplan (ondertekend door wijkverpleegkundige en cliënt) voldoet aan de norm voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging (V&VN normenkader). Dit betekent dat u 'staat beschreven in het zorgplan' alleen kunt aanvinken als dit ook daadwerkelijk beschreven staat in het zorgplan.

Wat kunt u verwachten?

Na ontvangst van uw aanvraagformulier controleren wij de inhoud en volledigheid hiervan en beoordelen wij of uw aanvraag aan de gestelde voorwaarden voldoet. U wordt gebeld voor een 'Bewust Keuzegesprek'. Het is ook mogelijk dat we u uitnodigen voor een gesprek bij u thuis. Tijdens dit gesprek kijken we of u zelfstandig een PGB kunt beheren en of u een bewuste keuze maakt voor zorg via een PGB. Binnen zes weken na ontvangst van uw volledig ingevulde aanvraagformulieren krijgt u schriftelijk bericht of het PGB wordt toegewezen of wordt afgewezen.

U kunt deze formulieren sturen naar:

De Friesland
Afdeling PGB Zvw
Postbus 270
8901 BB Leeuwarden

Heeft u nog vragen?

Meer informatie vindt u op www.defriesland.nl/pgb. Voor persoonlijk contact belt u met ons via (058) 291 38 27 op werkdagen tussen 08.00 uur en 17.00 uur. Of gebruik het formulier op www.defriesland.nl/pgb-contact. Wij helpen u graag.

Uw gegevens in vertrouwde handen

Wilt u een aanvraag doen voor PGB? Dan hebben wij uw gegevens nodig. Denk aan uw naam, adres en woonplaats, e-mailadres en telefoonnummer. Soms hebben wij ook meer gegevens van u nodig. Achmea B.V. is verantwoordelijk voor een goede verwerking van uw persoonsgegevens.

Wilt uw weten welke gegevens wij verwerken en waarvoor

Kijk dan in ons Privacy Statement op www.defriesland.nl/pgb. Daar leest u ook wat uw rechten zijn. En wanneer u bezwaar kunt maken tegen verwerking van uw gegevens. Wilt u het Privacy Statement op papier ontvangen? Stuur dan een brief naar:

De Friesland
T.a.v. Privacy Officer
Postbus 270
8901 BB Leeuwarden

Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (PGB VV)

DEEL 1: VERPLEEGKUNDIG DEEL 2024

Dit deel vult de verpleegkundige in samen met de verzekerde of de (wettelijk) vertegenwoordiger¹
Een kopie van dit deel van het aanvraagformulier dient te worden toegevoegd aan het dossier van de verpleegkundige.

1. Gegevens verzekerde (voor wie is het PGB bedoeld)

| | |
|------------------------|----------------------|
| Achternaam | <input type="text"/> |
| Voorletters | <input type="text"/> |
| Adres | <input type="text"/> |
| Postcode en woonplaats | <input type="text"/> |
| Geboortedatum | <input type="text"/> |
| Relatienummer | <input type="text"/> |
| Telefoonnummer | <input type="text"/> |
| E-mailadres | <input type="text"/> |

2. Gegevens indicerende verpleegkundige

| | |
|--|----------------------|
| Naam (zoals vermeld in BIG-register) | <input type="text"/> |
| Telefoonnummer | <input type="text"/> |
| E-mailadres | <input type="text"/> |
| BIG-nummer | <input type="text"/> |
| Niveau opleiding | <input type="text"/> |
| <i>Werkzaam voor een organisatie:</i> | |
| Naam | <input type="text"/> |
| AGB-code indicerende organisatie en/of persoonlijke | <input type="text"/> |
| AGB-code | <input type="text"/> |

3. Over de zorgvraag van de verzekerde (anamnese uit het zorgplan)

Is er sprake van een herindicatie?

- Ja
 Nee

De zorgvraag betreft zorg voor de verzekerde langer dan één jaar

- Verpleging en/of verzorging vanaf 18 jaar
 Verpleging en/of verzorging tot 18 jaar

Of de zorgvraag betreft

- Palliatief Terminale Zorg (PTZ)²

Is er gebruik gemaakt van een classificatiesysteem bij de indicatiestelling?

- Ja, te weten
 Nee

¹ Een **wettelijk vertegenwoordiger** is voor een persoon jonger dan 18 jaar, één van de ouders, voor zover deze het ouderlijk gezag heeft. Voor een persoon van 18 jaar en ouder is het een door de Rechtbank vastgestelde voogd, curator, mentor of bewindvoerder.

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

² Er is een terminaalverklaring van de behandelend arts aanwezig.

Paraaf verpleegkundige

4.

Vraagverheldering²

| | | |
|---|---|---|
| 1 | Wat is/zijn de medische diagnose(n), waaruit de zorgaanvraag ontstaat? | <input type="checkbox"/> Staat beschreven in het zorgplan |
| | a. Is deze door de indicatiesteller opgevraagd bij de behandelend arts | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| | b. Zo nee, licht toe waarom deze niet is opgevraagd. | <input type="checkbox"/> Staat beschreven in het zorgplan |
| | c. Wat is de medische voorgeschiedenis? | |
| | d. Is het medicatie-overzicht opgevraagd of gezien? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| 2 | Is/zijn er fysieke beperking(en)? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| | a. Wat is/zijn de beperking(en)? | |
| | b. Wat is het gevolg van deze beperking(en) op het niveau van functioneren? | |
| | c. Waarom is er geen sprake van zelfredzaamheid? | |
| 3 | Is/zijn er (een) cognitieve en/of psychische beperking(en)? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| | a. Wat is/zijn deze beperking(en)? | |
| | b. Wat is het gevolg van deze beperking(en) op het niveau van functioneren? | |
| | c. Waarom is er geen sprake van zelfredzaamheid? | |
| 4 | Is er een indicatie vanuit de Wlz (mogelijk)? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| | a. Zo nee, waarom niet? | |
| | b. Zo ja, welke en waarvoor? | |
| 5 | Wordt er momenteel zorg vanuit de WMO ingezet? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| | a. Zo nee, waarom niet? | |
| | b. Zo ja, welke en waarvoor? | |
| 6 | Worden er op dit moment hulpmiddelen ingezet? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| | a. Zo nee, waarom niet? | |
| | b. Zo ja, welke en waarvoor? | |
| 7 | Is er een ergotherapeut betrokken? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| | a. Zo ja, waarvoor? Graag relevante uitkomsten toelichten in het zorgplan. | |
| | b. Zo nee, waarom niet? | |

² U stuurt naast het aanvraagformulier ook het zorgplan op.

| | | |
|---|--|--|
| 8 | Zijn er andere behandelaars betrokken? (zoals een fysiotherapeut, diëtist, logopedist, arts etc.) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| | a. Zo nee, waarom niet? | |
| | b. Zo ja, welke en waarvoor? | |
| 9 | Omschrijf het netwerk van de verzekerde. Dit zijn mantelzorgers en naasten, zoals partners, kinderen, huisgenoten, familie en vrienden. Gebruik hiervoor ter ondersteuning CSI, Ecogram, EDIZ en/of Zarit-12. Zie: www.venvn.nl/thema-s/wijkverpleging/toolbox-indicatieproces-wijkverpleging/meedoen/ | |
| | a. Wat is de belastbaarheid van het netwerk en welke ondersteuning kan dit bieden? | |
| | b. Is er wel een netwerk aanwezig is, maar kan dit geen ondersteuning bieden? | |
| | Geef een toelichting wat hiervan de reden is | |

5. Verpleegkundige diagnose op basis van de vraagverheldering

| | | |
|---|--|---|
| 1 | Beschrijf de geneeskundige noodzaak voor inzet wijkverpleging. | <input type="checkbox"/> Staat beschreven in het zorgplan |
| 2 | Omschrijf wat de verzekerde zelf kan. | <input type="checkbox"/> Staat beschreven in het zorgplan |
| 3 | Wat kan de verzekerde zelf leren? Eventueel met hulpmiddelen en/of woningaanpassingen. | <input type="checkbox"/> Staat beschreven in het zorgplan |
| 4 | Biedt aanvullende inzet van hulpmiddelen/woningaanpassingen nog mogelijkheden voor de toekomst? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| | Zo nee, waarom niet? | |
| | Zo ja, welke en waarvoor? | <input type="checkbox"/> Staat beschreven in het zorgplan |
| 5 | Indien er sprake is van psychische of cognitieve problematiek: wat wordt er ingezet op het verhelpen, verminderen of erger voorkomen hiervan? | <input type="checkbox"/> Staat beschreven in het zorgplan |
| 6 | Is de zorgvraag en de in te zetten zorg besproken met de huisarts en/of andere medebehandelaars? (zoals fysiotherapeut, medisch specialist, etc.). | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee |
| | Zo ja, geef aan met welke medebehandelaar(s). | <input type="checkbox"/> Staat beschreven in het zorgplan |
| | Zo nee, waarom niet? | |

6. Doelstellingen en interventies

Vul deze tabellen, op basis van de bovenstaande inventarisatie, de noodzakelijke zorginzet vanuit de Zvw-aanspraak verpleging en verzorging³ SMART⁴ in. Tabel 'Verpleging' vindt u op pagina 6.

| Verzorging | | | | | | |
|--------------|--------------|---|--|-------------------------------------|---|--------------------------------------|
| Doelstelling | Interventies | Hoeveel tijd kost dit per interventie? (uren/minuten) | Hoe vaak moet deze handeling verricht worden per dag/week? | Totaal aantal uren/minuten per week | Bij welk resultaat is het doel bereikt? | Per welke datum is het doel bereikt? |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

³ In deze aanspraak zit NIET de inzet van het cliëntnetwerk. Want er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die ingezet wordt door het eigen cliëntnetwerk en wat de verzekerde en zijn naasten zelf kunnen doen.

⁴ Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden.

Verpleging

| Doelstelling | Interventies | Hoeveel tijd kost dit per interventie? (uren/minuten) | Hoe vaak moet deze handeling verricht worden per dag/week? | Totaal aantal uren/minuten per week | Bij welk resultaat is het doel bereikt? | Per welke datum is het doel bereikt? |
|--------------|--------------|---|--|-------------------------------------|---|--------------------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

7.

Wat is de gemiddelde zorgbehoefte aan verpleging en/of verzorging per week voor het Zvw-PGB?

| | Voorgaande indicatie (indien van toepassing) | Nieuwe indicatie | Let op: Uren/minuten volledig uitschrijven en afronden op 5 minuten, bijv. 'drie uur en tien minuten' |
|---|---|------------------|---|
| Verpleging Uren / minuten per week | | | (volledig uitschrijven) |
| Persoonlijke Verzorging Uren / minuten per week | | | (volledig uitschrijven) |
| Wat is de gemiddelde zorgbehoefte aan verpleging en/of verzorging per week voor gecontracteerde zorg / zorg in natura? | | | |
| Verpleging Uren / minuten per week | | | (volledig uitschrijven) |
| Persoonlijke Verzorging Uren / minuten per week | | | (volledig uitschrijven) |
| Toelichting op gewijzigde indicatie in geval van gewijzigde zorgbehoefte: | | | |

Wat is de ingangsdatum van de indicatie en tot wanneer is deze geldig?⁵

| | Datum ingang indicatie | Datum einde indicatie (tot en met) |
|--------------------------------|------------------------|------------------------------------|
| Verpleging | | |
| Persoonlijke Verzorging | | |

Met wie heeft u de zorgbehoefte besproken? (meerdere antwoorden mogelijk) Verzekerde zelf Een (wettelijke) vertegenwoordiger van de verzekerde

Zo ja, naam (wettelijke) vertegenwoordiger

 Huisarts Erkende tolk, naam Overige (invullen naam en relatie tot verzekerde)**Op welk(e) moment(en) wordt er geëvalueerd door een hbo-(kinder)verpleegkundige of de ingezette zorginterventies bijdragen aan de gestelde zorgdoelen?**

Datum 1

Datum 2 (optioneel)

Motivatie

⁵ Indien er eerder door ons een Zvw-pgb is toegekend, dan is het in sommige maatwerksituaties mogelijk om een Zvw-pgb met een looptijd van maximaal 5 jaar toe te kennen, zie de Handreiking verlengde toekenning Zvw-pgb.

Paraaf verpleegkundige

8. In geval van PTZ

Welke arts heeft de terminaalverklaring afgegeven dat er sprake is van een levensverwachting van minder dan drie maanden?

| | |
|-------------|--|
| Naam arts | |
| Specialisme | |
| Ziekenhuis | |
| Telefoonnr. | |

Wanneer is het laatste contact geweest met de arts?

| | |
|-------|--|
| Datum | |
|-------|--|

Wij vragen u de verklaring van de arts mee te sturen, waarin staat dat verzekerde aangewezen is op PTZ.

9. In geval van zorg aan kinderen tot 18 jaar

| | |
|-------------|--|
| Naam arts | |
| Specialisme | |
| Ziekenhuis | |
| Telefoonnr. | |

Wanneer is het laatste contact geweest met de arts?

| | |
|-------|--|
| Datum | |
|-------|--|

Let op! De indicatie dient gesteld te zijn door een hbo-(kinder)verpleegkundige.

10. Ondertekening door verpleegkundige

Door ondertekening van dit formulier verklaar ik dat:

- de afgegeven indicatie en dossiervorming voldoet aan de eisen zoals gesteld in het normenkader Indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving van de V&VN;
- de afgegeven indicatie ook getoetst is aan de Wmo, Jeugdwet en de Wlz;
- ik zelf geen belanghebbende ben in de uitvoering van de indicatie;
- er geen zorg is meegenomen die ingezet kan worden door het eigen (cliënt)netwerk en wat de verzekerde en zijn naasten zelf kunnen doen;
- er bij de indicatiestelling de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg is gehanteerd bij het bepalen of er noodzaak is tot het gebruik van een tolk;
- de zorgbehoefte in de eigen omgeving en in aanwezigheid van de zorgvrager (verzekerde, zowel onder als boven de 18 jaar) en de aanwezigheid van de (wettelijk) vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor) is beoordeeld;
- ik de medische diagnose, welke is gesteld door de huisarts/medisch specialist, op papier heb gezien. Of dat ik deze zelf heb geverifieerd bij de huisarts/medisch specialist: indien noodzakelijk een medicatielijst heb gezien (indien er sprake is van medicatie);
- ik het zorgplan toevoeg aan deze aanvraag;
- de zorg valt binnen het domein van de Zorgverzekeringswet en de aanspraak Wijkverpleging;
- ik ben bereid om de zorgvraag nader toe te lichten aan De Friesland, indien De Friesland daarom vraagt;
- 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;
- ik weet dat verzwijging van de voor belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van deze aanvraag ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt.

| | |
|--|--|
| Datum | |
| Naam verpleegkundige | |
| Handtekening verpleegkundige | |
| Handtekening verzekerde (uw handtekening) | |

Wat stuurt u met deze aanvraag mee?

U dient de complete set voor uw aanvraag naar uw zorgverzekeraar te sturen, bestaande uit:

1. Verklaring arts als er sprake is van Palliatief Terminale Zorg (indien van toepassing), zie punt 8;
2. Kopie anamnese en zorgplan uit het Elektronische Cliëntendossier als daartoe toestemming is verleend;
3. Kopie van het diploma HBO Bachelor Verpleegkunde die de indicatie heeft gesteld (indien dit nog niet eerder is verstuurd naar de Friesland). Niet van toepassing voor gecontracteerde aanbieders met een contract voor verpleging en verzorging;

Paraaf verpleegkundige

| |
|--|
| |
|--|

Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (PGB VV)

DEEL 2: VERZEKERDE DEEL 2024

Dit deel vult de verzekerde in of de (wettelijk) vertegenwoordiger. Wij verzoeken u vóór het invullen het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2024 te lezen. Dit reglement is beschikbaar op onze website.

1. Gegevens verzekerde

| | |
|---------------|----------------------|
| Achternaam | <input type="text"/> |
| Voorletters | <input type="text"/> |
| Geboortedatum | <input type="text"/> |
| Relatienummer | <input type="text"/> |
| E-mailadres | <input type="text"/> |

2a. (Wettelijk) vertegenwoordiger

Dit vult u alleen in als de persoon voor wie het PGB wordt aangevraagd een (wettelijk) vertegenwoordiger heeft.

Een **wettelijk vertegenwoordiger** is een van de ouders (voor een persoon jonger dan 18 jaar), een voogd, curator, mentor of bewindvoerder.

1. Bent u voogd, curator, mentor of bewindvoerder?

Stuurt u dan een kopie mee van de brief ('beschikking') van de rechtbank. Dit is belangrijk, omdat wij uw aanvraag anders niet kunnen behandelen.

2. Bent u als ouder wettelijk vertegenwoordiger?

Dan hoeft u niets mee te sturen.

| | |
|------------------------|----------------------|
| Achternaam | <input type="text"/> |
| Voorletters | <input type="text"/> |
| Adres | <input type="text"/> |
| Postcode en woonplaats | <input type="text"/> |
| Geboortedatum | <input type="text"/> |
| Telefoonnummer | <input type="text"/> |

Als de bewindvoerder een organisatie is

| | |
|------------------------|----------------------|
| Naam organisatie | <input type="text"/> |
| Naam contactpersoon | <input type="text"/> |
| KvK-nummer organisatie | <input type="text"/> |
| Adres | <input type="text"/> |
| Postcode en woonplaats | <input type="text"/> |
| Telefoonnummer | <input type="text"/> |

2b. Vertegenwoordiger

Een **vertegenwoordiger** is uw partner, of een familielid (bloed- of aanverwant in de 1^e of 2^e graad) die niet aan de definitie van een wettelijk vertegenwoordiger voldoet.

| | |
|------------------------|----------------------|
| Achternaam | <input type="text"/> |
| Voorletters | <input type="text"/> |
| Adres | <input type="text"/> |
| Postcode en woonplaats | <input type="text"/> |
| Geboortedatum | <input type="text"/> |
| Telefoonnummer | <input type="text"/> |

- Relatie tot verzekerde Familielid 1^e graad / 2^e graad
 Echtgeno(o)t(e) / (geregistreerd) partner

3. Reden van de PGB aanvraag

- Ik vraag voor het eerst een PGB aan
- Ik vraag een PGB aan omdat mijn huidige indicatie afloopt* → ga verder naar vraag 7

*Voor een aansluitende toekenning is onder andere de voorwaarde gesteld, dat het aanvraagformulier door ons is ontvangen voordat uw indicatie afloopt.

- Ik ontvang reeds een PGB Zvw en mijn zorgbehoefte is gewijzigd
- Ik ontvang al verpleging/verzorging maar wil (deels) overstappen naar PGB
- Ik ben overgestapt van zorgverzekeraar

4. Waarom wilt u een PGB?

Wij vragen u hieronder toe te lichten:

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

5. Beschrijf hier hoe u de zorg wilt regelen

Leg uit hoe u de zorg wilt regelen. Het gaat om de zorg waarvoor u een indicatie heeft. Doet u dit voor een hele week. Beschrijf waarom u deze zorg als gevolg van uw ziekte en/of aandoening op deze manier nodig heeft.

6. Bij welke zorgverleners⁶ wilt u de zorg inkopen?

| | Naam | Adres (postcode en huisnr.) | Plaats | AGB-nr ⁷ | KvK-nr ⁸ | Opleidingsniveau zorgverlener ⁸ |
|---|------|-----------------------------|--------|---------------------|---------------------|--|
| a | | | | | | |
| b | | | | | | |
| c | | | | | | |
| d | | | | | | |
| e | | | | | | |
| f | | | | | | |

⁶ Zie bijlage met toelichting definitie informele/formele zorgverlener. Deze staat ook in het Reglement bij 'Begripsbepalingen' op bladzijde 3.

⁷ U hoeft geen AGB code of KvK nummer in te vullen:

als uw zorgaanbieder uw partner is of een bloed- of aanverwant in de 1^e of 2^e graad

of

als er sprake is van een arbeidsovereenkomst met een zorgverlener (die niet beschikt over een BIG registratie verpleegkundige niveau 4 of 5)

of

als uw zorgaanbieder niet als zorg verlenende instantie (SBI 86-87-88) staat ingeschreven in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel.

Voor alle overige zorgaanbieders vult u een AGB code in.

⁸ Alleen in te vullen bij een formele zorgverlener.

Is er een zorgaanbieder die een bloed- of aanverwant in de 1^e of 2^e graad is, of uw partner?

Ja

Voor welke bovengenoemde zorgverleners geldt dit?

Nee

Kunt u aangeven van wie u zorg krijgt als uw zorgverlener(s) afwezig zijn vanwege ziekte en/of vakantie? Graag naam en geboortedatum invullen.

8. Ondertekening

Ik verklaar dat ik:

- instem met het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2024 van mijn zorgverzekeraar.
- toestemming geef om het zorgplan mee te sturen met de aanvraag.
- dat de vastgestelde zorgbehoefte in het verpleegkundige deel van de aanvraag met mij is besproken.
- niet beschik over (andere) indicaties naast de meegestuurde indicatie voor verpleging en verzorging in de thuissituatie (conform art. 2.10 Bzv).
- 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.
- niet in het bezit ben van een indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz).
- 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).
- in staat ben op eigen kracht of met hulp van de (wettelijke) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te kunnen 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.
- op de hoogte ben van de aan de verzekerde gestelde verantwoordelijkheden zoals opgenomen in het Reglement PGB VV 2024.
- verplicht ben mee te werken aan een Bewuste Keuze Gesprek met De Friesland als De Friesland daarom vraagt. Als ik een (wettelijke) vertegenwoordiger heb, zorg ik ervoor dat deze persoon ook bij het Bewuste Keuze Gesprek aanwezig is. Dit gesprek kan telefonisch of, mochten wij dat nodig vinden, via een huisbezoek plaatsvinden.
- van de inhoud van dit formulier kennis heb genomen.
- alle gegevens naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid heb ingevuld en dat ik geen bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag heb verzwegen.
- weet dat verzwijging van de voor De Friesland belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van dit formulier ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt.
- alle wijzigingen die van invloed kunnen zijn op het PGB binnen 4 weken doorgeef aan De Friesland.
- 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.
- dat bij een afwijzing van mijn aanvraag de indicerend wijkverpleegkundige contact mag opnemen met De Friesland om de medisch inhoudelijke reden(en) van de afwijzing te vernemen.

Naam verzekerde

Handtekening verzekerde

Datum

Naam ouder /

wettelijk vertegenwoordiger

Handtekening ouder /

wettelijk vertegenwoordiger

Datum

Naam ouder /

wettelijk vertegenwoordiger

Handtekening ouder /

wettelijk vertegenwoordiger¹¹

Datum

Wat stuurt u met deze aanvraag mee?

U stuurt de complete set voor uw aanvraag naar De Friesland, bestaande uit:

1. Verpleegkundige deel (deel 1);
2. Verzekerde deel (deel 2).
3. Het actuele zorgplan (ondertekend door u en de wijkverpleegkundige).

Indien van toepassing:

- Verklaring arts als er sprake is van Palliatief Terminale Zorg.
- Kopie anamnese (onderdeel van het zorgplan) uit het Elektronisch Cliëntendossier als u daarvoor toestemming heeft verleend.
- Bent u voogd, curator, mentor of bewindvoerder? Dan stuurt u een kopie mee van de brief ('beschikking') van de rechtbank.
- Kopie van de uitspraak van de rechtbank met betrekking tot vertegenwoordiging.

Let op: als de aanvraag niet volledig is, kunnen we deze niet in behandeling nemen. Dit kan gevolgen hebben voor de ingangsdatum van het PGB.

¹¹ Is er een minderjarige budgethouder? En hebben beide ouders de ouderlijke macht? Dan moet een 2e wettelijke vertegenwoordiger ook ondertekenen. Ook in andere gevallen waar sprake is van 2 wettelijke vertegenwoordigers, bent u verplicht om allebei het aanvraagformulier te laten ondertekenen. Anders nemen wij de aanvraag niet in behandeling.

Bijlage

Formele zorgverlener

- a. Een organisatie of zelfstandige zonder personeel (ZZP'er), niet zijnde uw partner of een familielid in de eerste of tweede graad, die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent en als zodanig met een SBI-code beginnend met 86, 87 of 88 staat ingeschreven in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel of;
 - b. Een verpleegkundige, niet zijnde uw partner of een familielid in de eerste of tweede graad, die is geregistreerd zoals bedoeld in artikel 3 van de wet BIG en die niet is ingeschreven in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel.
- In afwijking hiervan wordt een verpleegkundige met wie u een arbeidsovereenkomst heeft en die niet beschikt over een AGB-code aangemerkt als informele zorgverlener.

Informele zorgverlener

Onder informele zorgverleners vallen in ieder geval:

- a. uw ouders, verzorgers, partner, familieleden in de 1e of 2e graad (deze personen kunnen in geen enkel geval aangemerkt worden als uw formele zorgverlener) en/of;
- b. zorgverleners die niet zijn ingeschreven als verpleegkundige in het register, bedoeld in art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
- c. zorgverleners die geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelsregister en/of;
- d. een zorghulp of helpende lager dan opleidingsniveau 3.

Familielid in de eerste of tweede graad

Uw (adoptie)ouder(s), uw (adoptie)kind(eren), de (adoptie)ouder(s) van uw partner, de (adoptie)kind(eren) van uw partner, de partner van uw (adoptie)kinderen (schoonzoon of schoondochter), grootouders, kleinkinderen, broers, zussen van uzelf of uw partner. Met partner wordt hier bedoeld echtgeno(o)t(e) of geregistreerde partner.

Partner

Uw echtgenoot, geregistreerd partner of andere levenspartner, ongeacht of u daarmee samenwoont en/of een gezamenlijke huishouding voert.

Vertegenwoordiger

Uw partner of een familielid in de eerste of tweede graad, die u op eigen kracht als uw vertegenwoordiger aanwijst en die niet aan de definitie van wettelijk vertegenwoordiger voldoet. Wij beoordelen of u met deze vertegenwoordiger in staat bent de taken en verplichtingen die bij het PGB horen op verantwoorde wijze uit te voeren. Als vertegenwoordiger accepteren wij niet iemand:

- a. tegen een vergoeding uw PGB beheert;
- b. bij een eerder PGB waarbij deze als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
- c. volgens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;
- d. zijn vrijheid is ontnomen;
- e. onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, of een verzoek daartoe bij de rechtbank is ingediend;
- f. failliet is verklaard, of
- g. op een andere wijze onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor u aan het PGB verbonden verplichtingen.

Algemeen GegevensBeheer-code (AGB-code)

Het is verplicht om voor een formele zorgverlener een AGB-code op de nota te vermelden. Zonder AGB-code kan er geen vergoeding plaatsvinden. Een AGB-code is een landelijke code waarmee de zorgaanbieder kan worden herkend. Met deze unieke code staan zorgaanbieders geregistreerd in een landelijke database. Dit systeem wordt beheerd door Vektis. De AGB code kunt u bij uw zorgaanbieder opvragen.

Beschikt uw zorgaanbieder niet over deze code, dan kan uw zorgaanbieder deze mogelijk bij Vektis aanvragen. Zie daarvoor www.agbcode.nl