

Vul dit formulier in met blauwe of zwarte pen en in blokletters.

Met dit formulier kunt u per zorgverlener bijhouden welke declaratie u bij uw verzekeraar heeft aangeleverd waarbij de zorg niet geleverd is. Dit geldt niet voor de zieke zorgverlener waar u een arbeidsovereenkomst mee heeft, en waarvoor u gebruik kunt maken van de regeling loondoorbetaling bij ziekte via de SVB. U wordt op gegeven moment gevraagd om de gegevens door te geven. U ontvangt hiervan nog bericht.

1 Uw gegevens

Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam

Relatienummer

Verzekeraar

2 Totaaloverzicht niet-geleverde zorg

| Naam zorgverlener | Indien van toepassing AGB-code zorgverlener | Periode (Start & Einddatum) | Code* Soort hulp | Aantal uur niet geleverde zorg** | Afgesproken tarief*** | Totaal (uren x tarief) |
|-------------------------------------|--|---|----------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <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"/> - <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | € <input type="text"/> |
| Totaal niet-geleverde zorg € | | | | | | <input type="text"/> |

Ik heb deze kosten

- al gedeclareerd.
- nog niet gedeclareerd. Ik zal de kosten declareren met apart declaratieformulier.

3 Ondertekening

Dit formulier is naar waarheid ingevuld.

Naam budgethouder, gewaarborgde hulp óf wettelijk vertegenwoordiger:

Datum - -

Handtekening

* Code soort hulp:

1009 formele persoonlijke verzorging / 1011 formele verpleging / 1010 informele persoonlijke verzorging / 1012 informele verpleging

** N.B. Geef het aantal uren en minuten op. Bijvoorbeeld 4 uur en 20 minuten is 4,33 uur. Doe dit volgens onderstaande schema.

5 minuten = 0,085 uur 10 minuten = 0,17 uur 15 minuten = 0,25 uur 20 minuten = 0,33 uur
 25 minuten = 0,42 uur 30 minuten = 0,5 uur 35 minuten = 0,58 uur 40 minuten = 0,67 uur
 45 minuten = 0,75 uur 50 minuten = 0,83 uur 55 minuten = 0,92 uur

*** Dit tarief is hetzelfde tarief dat zou gelden bij een normale declaratie vanuit uw Zvw-pgb.

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens in overeenstemming met het [privacystatement](#) van De Friesland. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.