

Uw gegevens in vertrouwde handen

Wilt u uw indicatie geheel of gedeeltelijk omzetten naar Zorg In Natura (ZIN) of een persoonsgebonden budget (PGB)? Dan hebben wij uw gegevens nodig. Denk aan uw naam, e-mailadres, telefoonnummer. Soms hebben wij ook meer gegevens van u nodig. Achmea B.V. is verantwoordelijk voor een goede verwerking van uw persoonsgegevens.

Wilt u weten welke gegevens wij verwerken en waarvoor?

Kijk dan in ons Privacy Statement op www.zorgkantoorfriesland.nl. Daar leest u ook wat uw rechten zijn. En wanneer u bezwaar kunt maken tegen verwerking van uw gegevens. Wilt u ons Privacy Statement op papier ontvangen? Stuur dan een brief naar: Zorgkantoor Friesland
Postbus 730
8901 BM Leeuwarden

1. Cliëntgegevens

Achternaam _____ Voorletters _____
Geboortedatum _____ Geslacht Man Vrouw
Straatnaam _____ Huisnr _____ Toevoeging _____
Postcode _____ Woonplaats _____
Telefoonnummer _____ Telefoonnummer mobiel _____
E-mailadres _____

2. Welke zorg wilt u omzetten?

Kies één van de volgende opties:

- Ik wil al mijn Wlz zorg ontvangen in ZIN, ga verder naar vraag 3.
 Ik wil al mijn Wlz zorg ontvangen in PGB, ga verder naar vraag 4a en b.
 Ik wil een deel van mijn PGB omzetten naar ZIN, ga verder naar vraag 3.*
 Ik wil een deel van mijn ZIN omzetten naar PGB, ga verder naar vraag 4a en b.*

* Nadat wij uw keuze hebben vastgelegd neemt uw ZIN-aanbieder contact met u op. De verdeling van ZIN en uw PGB wordt in dit gesprek besproken.

3. Vanaf welke datum wilt u omzetten naar ZIN en van welke zorgaanbieder(s) wilt u ZIN?

Vul hier uw zorgprofiel (ZP) in _____
Datum _____ Naam zorgaanbieder _____
AGB-code zorgaanbieder _____
Soort zorg _____
Datum _____ Naam zorgaanbieder _____
AGB-code zorgaanbieder _____
Soort zorg _____
Datum _____ Naam zorgaanbieder _____
AGB-code zorgaanbieder _____
Soort zorg _____

Wij kunnen het formulier helaas niet verwerken als u geen zorgaanbieder invult. Het is dan voor ons niet duidelijk bij welke zorgaanbieder u de zorg wilt ontvangen. Heeft u nog geen voorkeur voor een zorgaanbieder en u wilt u hulp bij uw keuze? Neemt u dan contact op met het zorgkantoor via telefoonnummer (058) 291 36 66.

4a. Vanaf welke datum wilt u omzetten naar PGB?

Vul hier uw zorgprofiel (ZP) in _____

Datum _____

Maakt u op dit moment gebruik van zorg in natura (ZIN)? Kies dan een omzettingsdatum in de toekomst. Dan kunt u uw zorg in natura blijven ontvangen tot de aanvraagprocedure voor een PGB is afgerond.

4b. Wilt u op de wachtlijst voor een opname (blijven) staan?

Als u PGB ontvangt, kunt u wel op de wachtlijst (blijven) staan voor opname in een instelling.

Nee

Ja, ik wil op de wachtlijst bij _____ (naam zorgaanbieder)

AGB-code zorgaanbieder _____

5. Ondertekening

Ik verklaar dat ik:

- alle gegevens naar waarheid heb ingevuld en geen zaken over dit onderwerp heb verzwegen.
- de inhoud van dit formulier heb gelezen.
- weet dat verzwijging van belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling ertoe kan leiden dat het recht op PGB vervalt.

Cliënt/Budgethouder

Wettelijk vertegenwoordiger

Gewaarborgde hulp

Naam _____

Datum _____

Plaats _____

Handtekening

Stuur dit formulier naar Zorgkantoor Friesland, postbus 730, 8901 BM Leeuwarden.

