

Budgetplan

Persoonsgebonden budget Wlz

Met een ingevuld budgetplan laat u het zorgkantoor zien dat u heeft nagedacht over de zorg die u nodig heeft. In het budgetplan geeft u aan welke zorg u in wilt kopen en welk budget u daarvoor nodig heeft.

1 Gegevens van de budgethouder

Voorletter(s)	Voorvoegsel(s)	Achternaam	
Straatnaam		Huisnummer	Toevoeging
Postcode	Woonplaats		
Telefoonnummer	Mobiel nummer		(waarop wij u mogen bellen)
Geboortedatum	Burgerservicenummer		
E-mailadres			
Relatienummer zorgkantoor		(9 cijfers)	
Datum ingang aanvulling budget	(DD/MM/JJJJ)		

2 Reden aanvragen (extra) budget

Geef hier aan waarom u deze aanvulling op het pgb nodig heeft

3 Zorginkoop

Benoem hier bij welke personen of instellingen u zorg wilt inkopen.

A: Naam	Plaats	KVK	Uur per week	Uur tarief
Kies welke zorg er wordt geleverd:	persoonlijke verzorging	begeleiding individueel	begeleiding groep	verpleging
	huishoudelijke hulp	logeeropvang	vervoer van/naar dagbesteding	
Beschrijf kort de zorg die wordt geleverd en wanneer				

B: Naam	Plaats	KVK	Uur per week	Uur tarief
Kies welke zorg er wordt geleverd:	persoonlijke verzorging	begeleiding individueel	begeleiding groep	verpleging
	huishoudelijke hulp	logeeropvang	vervoer van/naar dagbesteding	
Beschrijf kort de zorg die wordt geleverd en wanneer				

C: Naam	Plaats	KVK	Uur per week	Uur tarief
Kies welke zorg er wordt geleverd:	persoonlijke verzorging	begeleiding individueel	begeleiding groep	verpleging
	huishoudelijke hulp	logeeropvang	vervoer van/naar dagbesteding	
Beschrijf kort de zorg die wordt geleverd en wanneer				

D: Naam	Plaats	KVK	Uur per week	Uur tarief
Kies welke zorg er wordt geleverd:	persoonlijke verzorging	begeleiding individueel	begeleiding groep	verpleging
	huishoudelijke hulp	logeeropvang	vervoer van/naar dagbesteding	
Beschrijf kort de zorg die wordt geleverd en wanneer				

E: Naam	Plaats	KVK	Uur per week	Uur tarief
Kies welke zorg er wordt geleverd:	persoonlijke verzorging	begeleiding individueel	begeleiding groep	verpleging
	huishoudelijke hulp	logeeropvang	vervoer van/naar dagbesteding	
Beschrijf kort de zorg die wordt geleverd en wanneer				

F: Naam	Plaats	KVK	Uur per week	Uur tarief
Kies welke zorg er wordt geleverd:	persoonlijke verzorging	begeleiding individueel	begeleiding groep	verpleging
	huishoudelijke hulp	logeeropvang	vervoer van/naar dagbesteding	
Beschrijf kort de zorg die wordt geleverd en wanneer				

Totaal berekende aanvulling

Beschikbaar budget op basis van uw indicatie

4 Ondertekening

Budgethouder

Naam		Plaats
Datum	(DD/MM/JJJJ)	Handtekening

Wettelijke vertegenwoordiger

Naam		Plaats
Datum	(DD/MM/JJJJ)	Handtekening

Overige vertegenwoordiger

Naam		Plaats
Datum	(DD/MM/JJJJ)	Handtekening

Stuur het volledig ingevulde en ondertekende formulier naar Zorgkantoor Friesland.

U kunt het ingevulde formulier uploaden bij 'contact' op www.zorgkantoorfriesland.nl/contactformulier.

Of stuur het formulier naar Zorgkantoor Friesland, Postbus 730, 8901 BM Leeuwarden.