

Aanvraagformulier persoonsgebonden budget

1 Gegevens van de persoon voor wie het pgb bestemd is (aspirant budgethouder)

Voorletter(s) Voorvoegsel (s) Achternaam

Straatnaam Huisnr. Toevoeging

Postcode Woonplaats

Telefoonnummer (waarop wij u mogen bellen)

Mobiel nummer (waarop wij u mogen bellen) KVK-nummer

Geboortedatum - - Man Vrouw Burgerservicenummer

E-mailadres

Relatienummer zorgkantoor

Woont de budgethouder in een wooninitiatief? Ja Nee

Zo ja, wat is de naam van het wooninitiatief?

Staat u bij de gemeente ingeschreven op het adres waar u nu woont? Ja Nee

Ontvangt u op dit moment zorg uit de Wmo of Zorgverzekeringswet (Zvw)? Ja Nee

1.1 Gegevens contactpersoon

Een contactpersoon is uw wettelijk vertegenwoordiger of gewaarborgde hulp. Als u hier een contactpersoon invult krijgt deze automatisch van ons toegang tot het PGB Portaal. En sturen wij de post naar deze contactpersoon. Het is helaas niet mogelijk om meerdere personen toegang tot het PGB Portaal te geven.

Relatie met de budgethouder

Voorletter(s) Voorvoegsel (s) Achternaam

Straatnaam Huisnr. Toevoeging

Postcode Woonplaats

Telefoonnummer (waarop wij u mogen bellen)

Mobiel nummer (waarop wij u mogen bellen)

Geboortedatum - - Man Vrouw Burgerservicenummer

E-mailadres

Wilt u dat wij post naar het adres van de vertegenwoordiger sturen? Deze persoon krijgt dan ook automatisch toegang tot het PGB Portaal. U kunt dan zelf alleen nog raadplegen. Ja Nee

(In geval van partner of huisgenoot) Is uw partner of huisgenoot opgenomen in een WLZ-instelling? Ja Nee

Zo ja, welke instelling?

Plaats van de instelling

2 Gegevens over het pgb en het budgetplan

2.1 Vragen over uw pgb

Ingangsdatum pgb - -

Indicatie (zorgprofiel)

Reden keuze pgb

2.2 Zorginkoop

Zorg die u wilt gaan inkopen

Beschrijf hieronder kort welke zorg u wilt inkopen. Maak daarbij gebruik van voorbeelden om de zorg te beschrijven.

Bijvoorbeeld: wassen en aankleden, insuline prikken of samen boodschappen doen.

Inkoop zorg

Benoem hier, wanneer u dit al weet, bij welke personen of instellingen u zorg wilt inkopen.

| | Naam | Plaats | KvK |
|---|------|--------|-----|
| A | | | |
| B | | | |
| C | | | |
| D | | | |
| E | | | |
| F | | | |

Bedrag per zorgverlener

| | Uur per week | Uurtarief | Maandbedrag | Jaarbedrag |
|---|--------------|-----------|-------------|------------|
| A | | | | |
| B | | | | |
| C | | | | |
| D | | | | |
| E | | | | |
| F | | | | |

Totaal berekende jaaruitgaven zorg

Beschikbaar budget op basis van uw indicatie

3 Ondertekening

Door ondertekening van dit formulier bevestigt u dat:

- De vertegenwoordiger in 1.1 toegang krijgt tot het PGB Portaal.
- (bij wettelijke vertegenwoordiging) U zelf géén inzicht heeft in uw gegevens.
- Alle vertegenwoordigers, die betrokken zijn bij uw zorg, akkoord zijn dat bovenstaande vertegenwoordiger uw pgb-zaken in het PGB Portaal regelt.

U geeft toestemming aan het zorgkantoor om uw persoonsgegevens door te geven aan het Centraal Administratie Kantoor (CAK) en de Sociale Verzekeringsbank (SVB).

Ja Nee

** Als u deze vraag met nee beantwoordt, mogen wij uw aanvraag voor een pgb niet verder in behandeling nemen. Uw aanvraag voor een pgb wordt geweigerd.*

U geeft toestemming aan het zorgkantoor om de wettelijk vertegenwoordiger toegang tot het PGB Portaal te geven.

Ja Nee

3.1 Ondertekening door aspirant budgethouder

Aldus naar waarheid ingevuld door aspirant budgethouder:

| | | | |
|-------|---|--------------|----------------------|
| Naam | <input type="text"/> | Plaats | <input type="text"/> |
| Datum | <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Handtekening | <input type="text"/> |

3.2. Ondertekening door vertegenwoordiger

Aldus naar waarheid ingevuld door curator/mentor, bewindvoerder of ouder/voogd.

Bij ouder/voogd moeten beide ondertekenen.

| | | | |
|-------|---|--------------|----------------------|
| Naam | <input type="text"/> | Plaats | <input type="text"/> |
| Datum | <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Handtekening | <input type="text"/> |

| | | | |
|-------|---|--------------|----------------------|
| Naam | <input type="text"/> | Plaats | <input type="text"/> |
| Datum | <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Handtekening | <input type="text"/> |

Stuur een kopie van uitspraak van de rechtbank en een kopie van een geldig identiteitsbewijs mee als er sprake is van curatele of bewindvoering.

3.3 Toelichting aanvraagformulier persoonsgebonden budget

Een pgb brengt verplichtingen met zich mee. Het niet (tijdig) voldoen aan deze verplichtingen heeft gevolgen voor uw pgb en kan leiden tot het stopzetten van uw pgb en of terugvorderingen.

Door het ondertekenen van het aanvraagformulier persoonsgebonden budget geeft ondergetekende aan:

- Op de hoogte te zijn van de rechten en plichten die horen bij een pgb.
- Toestemming te verlenen voor een huisbezoek.
- Toestemming te verlenen aan het zorgkantoor om de persoonsgegevens van de verzekerde door te geven aan het CAK ten behoeve van de vaststelling van de te betalen eigen bijdrage en aan de Sociale verzekeringsbank ten behoeve van de uitvoering van diens taken omtrent het persoonsgebonden budget.
- Een keuze te hebben gemaakt wie toegang krijgt tot het PGB Portaal.

Rechten en Plichten PGB-Wlz

Zorg inkopen

1. U mag uw pgb alleen besteden aan verpleging, persoonlijke verzorging, begeleiding, schoonmaken van de woning en logeeropvang.
2. Als u een pgb ontvangt voor begeleiding groep met vervoer, dan mag u uw pgb ook gebruiken voor de kosten van vervoer van uzelf van en naar de dagbesteding.
3. U mag maximaal 156 etmalen per kalenderjaar logeeropvang inkopen.
4. U mag uw pgb besteden aan logeeropvang binnen de Europese Unie.
5. De zorg die u inkoop, moet van goede kwaliteit zijn.
6. U koopt geen zorg in bij een huisgenoot, partner of ouder die niet in staat is de zorg op zich te nemen vanwege (dreigende) overbelasting.
7. U kunt maximaal dertien weken per kalenderjaar tijdens uw verblijf buiten Nederland uw pgb inzetten voor zorg. Dit geldt voor landen buiten de Europese Unie. Houdt u rekening met het aanvaardbaarheidspercentage. Meer informatie over het aanvaardbaarheidspercentage vindt u op onze website www.zorgkantoorfriesland.nl.

Afspraken met uw zorgverleners

8. U moet met elke zorgverlener een zorgovereenkomst afsluiten en een zorgbeschrijving opstellen. Beide stuurt u ter goedkeuring naar het zorgkantoor. Uit de zorgbeschrijving moet blijken welke zorg de zorgverlener aan u levert en hoe de zorg wordt geleverd. Maakt u gebruik van het PGB Portaal dan vult u daar uw zorgbeschrijving in. Of als u nog op papier werkt doet u dit via www.zorgkantoorfriesland.nl/contactformulier.
9. Het maximumtarief dat u vanaf 1 januari 2022 aan een zorgverlener mag betalen is € 21,68 per uur of per dagdeel. Indien de zorgaanbieder is ingeschreven in het handelsregister kan een maximaal tarief van € 68,30 per uur of € 62,88 per dagdeel gelden. Hierbij gelden voorwaarden voor bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad.
10. Bij informele dagbesteding mag u het maximumtarief van € 62,88 per dagdeel gebruiken.
11. Een zorgverlener op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is, mag niet meer dan 40 uren per week werkzaamheden voor u verrichten.

Zorg declareren

12. U laat betalingen aan de zorgverlener uitsluitend verrichten door de Sociale verzekeringsbank (SVB).
13. U moet een factuur uiterlijk zes weken na de maand waarin de zorg is geleverd ontvangen van uw zorgverlener.
14. Nadat u de factuur van de zorgverlener heeft ontvangen moet u deze binnen vier weken doorsturen naar de SVB.
15. Een factuur van een zorgverlener moet in ieder geval de volgende gegevens bevatten:
 - a. de gegevens van de zorgverlener: naam, adres, BSN zorgverlener (informele zorgverlener) of BTW / KvK nummer (formele zorgverlener), handtekening budgethouder (of diens vertegenwoordiger),
 - b. de gegevens van de budgethouder: naam, BSN budgethouder,
 - c. de gegevens van de geleverde zorg: datum geleverde zorg, geleverde functie, uurtarief.

Wijzigingen doorgeven

16. Als uw zorg(afspraken) wijzigen, dan moet u (een) nieuwe zorgovereenkomst(en) en zorgbeschrijving(en) opsturen naar het zorgkantoor.
17. U moet wijzigingen in uw omstandigheden direct schriftelijk melden aan het zorgkantoor. Dit mag via www.zorgkantoorfriesland.nl/contactformulier of per post.

Voorbeelden van een wijziging:

 - a. een andere wettelijk vertegenwoordiger of gewaarborgde hulp,
 - b. een verhuizing,
 - c. opname in een instelling,
 - d. in bewaringstelling,
 - e. u onder de Wet schuldsanering natuurlijke personen (WSNP) valt,
 - f. als u langer dan 6 weken per kalenderjaar in het buitenland verblijft,
 - g. als u voor een functie pgb ontvangt en ervoor kiest om deze functie in zorg in natura te ontvangen.

Controles

18. U moet de zorgovereenkomsten, zorgbeschrijvingen, declaraties en het budgetplan 5 jaar bewaren. Als het zorgkantoor daarom vraagt, moet u deze stukken opsturen naar het zorgkantoor.
19. Het zorgkantoor voert jaarlijks een aantal controles uit. Dat gebeurt onder andere door het afleggen van een huisbezoek. Tijdens het huisbezoek wordt nagegaan of u tevreden bent over de geleverde zorg en of uw pgb wordt besteed waarvoor deze is bedoeld.
20. Met het ondertekenen van deze akkoordverklaring geeft u toestemming voor het huisbezoek. Als u het huisbezoek weigert, zal het zorgkantoor op basis van artikel 5.20 lid 2 van de Regeling langdurige zorg uw pgb in trekken.
21. Is aan de toekenning van het pgb de voorwaarde verbonden dat u ondersteund wordt door een gewaarborgde hulp? Dan eindigt het pgb als die ondersteuning naar het oordeel van het zorgkantoor niet langer goed georganiseerd is.
22. Het zorgkantoor kan de SVB verzoeken om 13 weken geen betalingen te doen als er sprake is van een vermoeden van fraude.

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.

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens in overeenstemming met het privacystatement (<https://www.zorgkantoorfriesland.nl/privacy-verklaring>) van Zorgkantoor Friesland. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.