

## Wijzigingsformulier Persoonsgebonden budget

De pgb-beheerder is verplicht wijzigingen die van belang zijn voor het persoonsgebonden budget, door te geven aan het zorgkantoor.

Upload het volledig ingevulde en ondertekende formulier bij 'contact' op [www.zorgkantoorfriesland.nl/contactformulier](http://www.zorgkantoorfriesland.nl/contactformulier).

### 1 Mijn gegevens (de persoon die zorg krijgt, dit noemen we de budgethouder)

|                     |                  |                           |                              |
|---------------------|------------------|---------------------------|------------------------------|
| Voorletter(s)       | Tussenvoegsel(s) | Achternaam                |                              |
| Straatnaam          |                  | Huisnummer                | Toevoeging                   |
| Postcode            | Woonplaats       |                           |                              |
| Geboortedatum       | (DD/MM/JJJJ)     | Relatienummer zorgkantoor | (9 cijfers en begint met 53) |
| Telefoonnummer      |                  | Mobiël nummer             | (waarop wij u mogen bellen)  |
| E-mailadres         |                  |                           |                              |
| Burgerservicenummer |                  |                           |                              |

### 2 Wijzigingen in het adres van de pgb-beheerder

|                |                  |            |            |
|----------------|------------------|------------|------------|
| Voorletter(s)  | Tussenvoegsel(s) | Achternaam |            |
| Straatnaam     |                  | Huisnummer | Toevoeging |
| Postcode       | Woonplaats       |            |            |
| Telefoonnummer |                  |            |            |

### 3 Opname budgethouder in ziekenhuis langer dan 2 maanden

|                      |              |
|----------------------|--------------|
| Ziekenhuis           | Plaats       |
| In andere instelling | Plaats       |
| Datum opname         | (DD/MM/JJJJ) |

*Als u na beëindiging weer gebruik wilt maken van het persoonsgebonden budget, geef dit dan schriftelijk bij het zorgkantoor aan. Vergeet niet uw automatische betalingen aan uw zorgverlener(s) met een vast maandloon stop te zetten.*

### 4 Budgethouder wenst geen persoonsgebonden budget meer te ontvangen

|             |              |
|-------------|--------------|
| Reden       |              |
| Datum einde | (DD/MM/JJJJ) |

### 5 Budgethouder gaat langer dan 6 weken naar het buitenland

|  |              |                      |                       |
|--|--------------|----------------------|-----------------------|
| Vertrekdatum   | (DD/MM/JJJJ) | Datum van terugkomst | (DD/MM/JJJJ)          |
| Welk land  |              |                      |                       |
| Gaat uw Nederlandse zorgverlener(s) mee naar het buitenland? | Ja           | Nee                  |                       |
| Zo ja, naam zorgverlener                                     |              |                      | Hoeveel uur per week? |
| Koopt u zorg in bij een buitenlandse zorgverlener?           | Ja           | Nee                  |                       |
| Zo ja, naam zorgverlener                                     |              |                      | Hoeveel uur per week? |

*Vergeet u niet uw automatische betalingen van uw zorgverlener(s) met een vast maandloon, die niet mee gaan naar het buitenland, stop te zetten.*

## 6 Wie moet ondertekenen?

De persoon die uw budget beheert moet ondertekenen. Deze persoon is vertegenwoordiger in het portaal. Beheert u zelf uw pgb? Dan tekent u zelf.

### Pgb-beheerder

|       |              |              |
|-------|--------------|--------------|
| 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](http://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.