

## Formulier splitsing van de kosten per maand (specificatie)

### Naam budgethouder

Voorletter(s)  Tussenvoegsel  Achternaam

Relatienummer

Naam wooninitiatief

Invuldatum formulier  -  -

### Leest u voor het invullen van het formulier onderstaande punten:

- De zorginfrastructuur kosten betaald met de toeslag wooninitiatief declareert u via het formulier bijkomende kosten van de SVB.
- Dagbesteding bestaat uit minimaal 2 tot maximaal 4 aaneengesloten uren
- Zijn er wijzigingen in de zorg of het tarief? Dan moet u ook de specificatie aanpassen. Ook als er tussen de verschillende vormen van zorg veranderingen plaatsvinden (bijvoorbeeld meer persoonlijke verzorging en minder begeleiding individueel), maar het totaal aantal uren zorg gelijk blijft.
- Eten en drinken wordt niet uit het pgb betaald. Is er begeleiding individueel bij eten en drinken nodig, omdat het een belangrijk onderdeel is van de zorg? Geef dan aan hoeveel van de totale tijd individueel wordt besteedt aan de budgethouder. Noteert u dit bij de begeleiding individueel.
- Vult u voor alle vormen van zorg, die u ontvangt het formulier in. Vraag uw zorgverlener om hulp bij het invullen van dit formulier. Houd rekening met weekenden en vakanties

### Het formulier bestaat uit 2 onderdelen:

- Onderdeel 1: geeft u een uitgebreide omschrijving welke zorg en hoeveel uur zorg er geleverd wordt.  
Levert de zorgverlener per dag zorg, vul dan het aantal uren zorg per dag in. Levert de zorgverlener niet dagelijks de zorg, vul het dan per week in. Vul ook het aantal uur per maand in.
- Onderdeel 2: vult u in het totaaloverzicht het totaal aantal uren en tarieven waarmee u het maandloon specificeert.

### Hieronder een voorbeeld hoe u het formulier invult.

**Persoonlijke verzorging**  niet van toepassing

Aantal uur per week:  uur Totaal aantal uren per maand:  uur

Omschrijving van de zorg:

### 1 omschrijving van de zorg per functie

**Persoonlijke verzorging**  niet van toepassing

Aantal uur per week:  uur Totaal aantal uren per maand:  uur

Omschrijving van de zorg:

**Begeleiding individueel**  niet van toepassing

Aantal uur per week:  uur Totaal aantal uren per maand:  uur

Omschrijving van de zorg:

**Begeleiding groep/dagbesteding**  niet van toepassing

Aantal uur per week:  uur      Totaal aantal uren per maand:  uur

Omschrijving van de zorg:


**Verpleging**  niet van toepassing

Aantal uur per week:  uur      Totaal aantal uren per maand:  uur

Omschrijving van de zorg:


**Huishoudelijke hulp**  niet van toepassing

Aantal uur per week:  uur      Totaal aantal uren per maand:  uur

Omschrijving van de zorg:


**Vervoer**  niet van toepassing

Aantal uur per week:  uur      Totaal aantal uren per maand:  uur

Omschrijving van de zorg:


**Nachtwaak**  niet van toepassing

Aantal uur per week:  uur      Totaal aantal uren per maand:  uur

Omschrijving van de zorg:


## 2 totaaloverzicht van alle Zorg

Vult u in de kolom 'aantal uren per maand' in dat u heeft beschreven. In het voorbeeld staat 43,33 uur per maand persoonlijke verzorging.

In de kolom 'aantal uren per maand' vult u 43,33 in.

	Aantal uren per maand	Uurtarief	Bedrag per maand
Persoonlijke verzorging	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Individuele begeleiding	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Begeleiding groep/dagbesteding	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Verpleging	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Huishoudelijke hulp	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Vervoer	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Nachtwaak	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<b>Totaal aantal uren per maand</b>	<input type="text"/>	<b>Totaal maandloon</b>	€ <input type="text"/>

\* Bekijk u de 'Vergoedingenlijst 2021' op [zorgkantoorfriesland.nl](http://zorgkantoorfriesland.nl) voor een overzicht van de zorg.

In de vergoedingenlijst staat ook welke zorg u mag declareren uit het pgb.

\* De specificatie is verplicht volgens wetsartikelen 5.16, 5.18 en 5.23 van de Regeling Langdurige Zorg (Rlz).

### 3 Ondertekening

Dit formulier is naar waarheid ingevuld.

Naam budgethouder, gewaarborgde hulp óf wettelijk vertegenwoordiger:

Datum   -   -

Handtekening

**Stuur het ingevulde en ondertekende formulier naar: Zorgkantoor Friesland, Postbus 730, 8901 BM Leeuwarden.  
Uploaden kan ook via onze website [www.zorgkantoorfriesland.nl](http://www.zorgkantoorfriesland.nl). Let op: Controleer of u alles volledig heeft ingevuld.**