

OMZETTINGSFORMULIER

Omzetting van Zorg in Natura (ZIN) naar Persoonsgebonden Budget (PGB)

Dit formulier gebruikt u als u één of meerdere functies uit uw indicatiebesluit wilt omzetten van Zorg in Natura (ZIN) naar een Persoonsgebonden Budget (PGB).

Gegevens van de budgethouder

Naam: _____ Burgerservicenummer (BSN) _____
Voorletters: _____ Geboortedatum: _____
Adres: _____ Geslacht: _____
Postcode: _____ Woonplaats: _____
Telefoon (vast): _____ Mobiel: _____
E-mail: _____
Rekeningnummer: _____
Relatienummer: _____

Verzoek tot omzetting van zorg in natura (ZIN) naar een persoonsgebonden budget (PGB)

Wilt u aanvinken welke onderstaande functie(s) u binnen uw huidige indicatie om wilt zetten naar een PGB en per welke datum dit dient te gebeuren? Het is niet mogelijk om de functie behandeling om te zetten naar een PGB.

Functie	Datum
<input type="checkbox"/> Persoonlijke verzorging	___-___-_____
<input type="checkbox"/> Verpleging	___-___-_____
<input type="checkbox"/> Begeleiding groep	___-___-_____
<input type="checkbox"/> Begeleiding individueel	___-___-_____
<input type="checkbox"/> Verblijf (min. 52/max.104 etmalen per jaar)	___-___-_____

Let op!. U kunt alleen omzetten van ZIN naar PGB als u hiervoor een geldig indicatiebesluit heeft.

Reden omzetting

Welke reden heeft u om de zorg in natura om te zetten naar een PGB (slechts één antwoord mogelijk).

- Vanwege ontslag na opname
- Ter overbrugging tot opname
- Op het advies/verzoek van de zorgaanbieder
- Op het advies/verzoek van een bemiddelingsbureau
- Zorgaanbieder biedt alleen PGB
- CIZ/BJZ heeft de leveringsvorm verkeerd aangegeven
- Anders, namelijk: _____

LET OP: VULT U OOK DE ACHTERZIJDE VAN HET FORMULIER IN ANDERS KUNNEN WIJ DE AANVRAAG NIET IN BEHANDELING NEMEN

Als u de zorg nu in natura (ZIN) ontvangt, bent u verplicht uw zorgverlener(s)/zorginstelling(en) op de hoogte te stellen van deze wijziging. U hoeft alleen de zorg die overgaat naar PGB aan te geven. Vult u de datum in waarop de zorginstelling op de hoogte is gesteld van de wijziging ZIN naar PGB.

Functie	Datum	Zorgverlener/instelling / lokatie
<input type="checkbox"/> Persoonlijke verzorging	___ - ___ - _____	_____
<input type="checkbox"/> Verpleging	___ - ___ - _____	_____
<input type="checkbox"/> Begeleiding groep	___ - ___ - _____	_____
<input type="checkbox"/> Begeleiding individueel	___ - ___ - _____	_____
<input type="checkbox"/> Verblijf (min. 52/max.104 etmalen per jaar)	___ - ___ - _____	_____

Wij wijzen u erop dat als u voor dezelfde functie gelijktijdig ZIN als PGB ontvangt, u de ontvangen PGB-gelden terug moet betalen.

Ondertekening

Hebt u een indicatie via Bureau Jeugdzorg? Stuur dan een kopie van de indicatie mee.

Naam: _____ Datum: _____

Plaats: _____ Handtekening: _____

Het formulier is ondertekend door de:

- Budgethouder
- Wettelijk vertegenwoordiger: Ouders zijn wettelijk vertegenwoordigers voor budgethouders jonger dan 18 jaar. Ook een door de rechter aangewezen voogd, curator of bewindvoerder valt onder wettelijk vertegenwoordiger. Als er sprake is van een aangewezen voogd, curator of bewindvoerder, ontvangen wij een kopie van de rechtelijke uitspraak.

Wilt u in geval van wettelijke vertegenwoordiger aanvinken wie de wettelijke vertegenwoordiger is en de gegevens van de wettelijke vertegenwoordiger invullen:

- Ouder(s)
- Bewindvoerder
- Curator
- Voogd

Gegevens van de wettelijk vertegenwoordiger

Naam: _____ Burgerservicenummer BSN: _____

Voorletters: _____ Geboortedatum: _____

Adres: _____ Geslacht: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Telefoon (vast): _____ Mobiel: _____

E-mail: _____

Rekeningnummer: _____

**WILT U CONTROLEREN OF U ALLES VOLLEDIG EN JUIST HEEFT INGEVULD?
DIT FORMULIER VERVOLGENS ONDERTEKEND TERUG STUREN NAAR UW ZORGKANTOOR**

Let op; Als het formulier niet ondertekend is door de budgethouder of wettelijke vertegenwoordiger wordt het formulier niet verder in behandeling genomen.

U kunt het formulier sturen naar:

**Achmea Zorgkantoor
T.a.v. afdeling PGB
Postbus 353
8000 AJ ZWOLLE**