

## AANVRAAGFORMULIER PERSOONSGEBONDEN BUDGET VERPLEGING EN VERZORGING 2025

### DEEL 2: VERZEKERDE DEEL 2025

- Dit deel vult verzekerde of een (wettelijk) vertegenwoordiger in.
- Wij verzoeken u om voor het invullen van het aanvraagformulier het Reglement Zvw-pgb 2025 te raadplegen via onze website.
- Indien u te weinig ruimte heeft, kunt u een extra pagina toevoegen.

**Let op: u dient een kopie van het aanvraagformulier Zvw-pgb in uw eigen administratie te bewaren.**

Invulinstructie:

- Indien u te weinig ruimte heeft, kunt u een extra bladzijde toevoegen.

#### 1. GEGEVENS VERZEKERDE (VOOR WIE IS HET PGB BEDOELD)

Achternaam : \_\_\_\_\_  
Voorletter(s) : \_\_\_\_\_  
Geboortedatum : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer : \_\_\_\_\_  
E-mailadres : \_\_\_\_\_  
Verzekerdnummer : \_\_\_\_\_

Wonen er meer verzekerden met een pgb op hetzelfde adres?

- ja, namelijk : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
 nee

#### 2. EEN (WETTELIJK) VERTEGENWOORDIGER

Een **wettelijk vertegenwoordiger** is voor een persoon jonger dan 18 jaar één van de ouders, voor zover deze het ouderlijk gezag heeft, of een voogd. Voor personen van 18 jaar en ouder is een wettelijk vertegenwoordiger een curator, mentor of bewindvoerder, die is benoemd door de Rechtbank.

Een **vertegenwoordiger** is een persoon die u als uw vertegenwoordiger aanwijst én die niet aan de definitie van wettelijk vertegenwoordiger voldoet. Als u een vertegenwoordiger heeft, moet u de volmacht op pagina 8 invullen.

Heeft u een (wettelijk) vertegenwoordiger?

- ja, namelijk een wettelijk vertegenwoordiger. Vul zijn/haar gegevens hieronder in  
 ja, namelijk een vertegenwoordiger. Vul zijn/haar gegevens hieronder in  
 nee

Gegevens van uw (wettelijk) vertegenwoordiger:

Achternaam : \_\_\_\_\_

Voorletter(s) : \_\_\_\_\_

Geboortedatum : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Adres : \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats : \_\_\_\_\_

Telefoonnummer : \_\_\_\_\_

Relatie tot de verzekerde : \_\_\_\_\_

Gegevens van uw bewindvoerder, indien de bewindvoerder een organisatie is:

Naam organisatie : \_\_\_\_\_

KVK-nummer organisatie : \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats : \_\_\_\_\_

Contactpersoon : \_\_\_\_\_

Telefoonnummer : \_\_\_\_\_

### 3. REDEN VAN DE PGB AANVRAAG

Wat is de reden van uw aanvraag?

- Ik heb voor het eerst wijkverpleging nodig en vraag daarvoor een pgb aan.
- Ik ontvang reeds verzorging en/of verpleging, maar ik wil hiervoor geheel of gedeeltelijk overstappen naar een Zvw-rgb.
- Ik ontvang reeds een Zvw-rgb en mijn indicatie loopt af. U hoeft vraag 6 niet in te vullen.
- Ik ontvang reeds een Zvw-rgb en mijn zorgbehoefte is gewijzigd. U hoeft vraag 6 niet in te vullen.
- Ik ontvang reeds een Zvw-rgb en ik verander van zorgaanbieder(s). U hoeft alleen aanvraagformulier deel 2 opnieuw in te vullen en aan ons te versturen. U hoeft vraag 6 niet in te vullen.
- Ik ben overgestapt van zorgverzekeraar.

### 4. GECONTRACTEERDE ZORGAANBIEDER

Ontving u, voorafgaand aan de pgb aanvraag, zorg van een gecontracteerde zorgaanbieder?

- Ja, namelijk van: \_\_\_\_\_
- Nee

**5. WAAROM WILT U EEN PGB?**

- Waarom wilt u een pgb voor verpleging en/of verzorging?
- Waarom kiest u niet voor een gecontracteerde zorgaanbieder?

**6. DOOR WIE WORDT DE ZORG NU VERLEEND?**

- Beschrijf welke zorg vrijwillig door het eigen cliëntnetwerk wordt verleend.

**7. BIJ WELKE ZORGVERLENERS WILT U DE ZORG INKOPEN?**

Vul in onderstaand schema in wie u als zorgverlener(s) wilt inhuren.

Naam	Geboortedatum	Postcode en huisnummer	Plaats	Bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad	AGB-code <sup>1</sup>
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	

- Zie het Reglement Zvw-pgb 2025 voor de definitie van informele/formele zorgverlener.
- Voor formele zorgverleners moet u een AGB-code invullen. De AGB-code kunt u bij uw zorgverlener opvragen.
- U hoeft geen AGB-code in te vullen als:
  - uw zorgverlener een partner of familielid in de eerste of tweede graad is, of;
  - als er sprake is van een arbeidsovereenkomst met een zorgverlener die niet beschikt over een BIG-registratie verpleegkundige niveau 4 of 5, of;
  - als uw zorgaanbieder niet als zorgverlenende instantie (SBI-code 86, 87 of 88) staat ingeschreven in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel.

<sup>1</sup> Een Algemeen Gegevens Beheer-code (AGB-code) is een landelijke code waarmee een zorgaanbieder wordt herkend. Met deze unieke code staan zorgaanbieders geregistreerd in een landelijke database. Dit systeem wordt beheerd door Vektis.

**8. WELKE AFSPRAKEN MAAKT U MET UW ZORGVERLENER(S)?**

Vul in onderstaand schema in bij welke zorgverlener(s) u welke zorg wilt inkopen.

Het totaal aantal uren/minuten persoonlijke verzorging en/of verpleging, dat u over uw zorgverleners verdeelt, moet overeenkomen met de indicatie die de (kinder)verpleegkundige heeft gesteld op aanvraagformulier deel 1 vraag 6.

Naam individuele zorgverlener	Formele of informele zorgverlener	Aantal uren/minuten persoonlijke verzorging per week	Aantal uren/minuten verpleging per week
Totaal aantal uren/ minuten			

In de vorige tabel heeft u weergegeven welke afspraken u maakt met uw zorgverleners die worden ingezet vanuit het Zvw-pgb. Maakt u daarnaast gebruik van zorg in natura (ZIN)?

Ja, namelijk : \_\_\_\_\_  
 (naam zorgaanbieder en \_\_\_\_\_  
 omschrijving zorgafspraken) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nee

Wanneer wilt u uw pgb in laten gaan?

Zo spoedig mogelijk <sup>2</sup>

Ik wil mijn Zvw-pgb in laten gaan op : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ <sup>3</sup>

<sup>2</sup> Uw Zvw-pgb gaat op zijn vroegst in op de datum waarop wij uw aanvraag volledig ingevuld en ondertekend hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het Zvw-pgb ook op een latere datum in laten gaan.

<sup>3</sup> Deze datum kan niet vóór de datum van ondertekening van aanvraagformulieren deel 1 en deel 2 liggen. Daarnaast moet de aanvraag vóór deze ingangsdatum volledig ingevuld en ondertekend door ons zijn ontvangen.

Van wie ontvangt u zorg als uw zorgverleners afwezig zijn vanwege ziekte of vakantie?

Bij persoonlijke verzorging:

Naam:

Geboortedatum:

Bij verpleging:

Naam:

Geboortedatum:

**9. BIJ DEZE AANVRAAG MOET WORDEN MEEGESTUURD:**

Bij deze aanvraag moet worden meegestuurd:

1. Aanvraagformulier deel 1: Verpleegkundige deel
2. Aanvraagformulier deel 2: Verzekerde deel
3. Het zorgplan dat is opgesteld door de (kinder)verpleegkundige
4. De anamnese die is opgesteld door de (kinder)verpleegkundige
5. De uitspraak (beschikking) van de Rechtbank, in het geval van een wettelijk vertegenwoordiger (indien van toepassing)
6. De volmacht, in het geval van een vertegenwoordiger (indien van toepassing)
7. De terminaliteitsverklaring van de arts bij palliatief terminale zorg (indien van toepassing)
8. Een medisch uitvoeringsverzoek van de arts (indien van toepassing)
9. Een medicatielijst, indien de medicatie door een zorgverlener wordt toegediend

Als u voogd, curator, mentor of bewindvoerder bent, stuurt u een kopie van de uitspraak (beschikking) van de Rechtbank mee. Dit geldt niet als u de ouder, en daarmee de wettelijk vertegenwoordiger, van een verzekerde jonger dan 18 jaar bent.

Als u vertegenwoordiger bent, stuurt u een volledig ingevulde en ondertekende volmacht mee. U vindt de volmacht op pagina 8 van dit aanvraagformulier.

**10. ONDERTEKENING**

Door ondertekening van dit formulier verklaar ik dat:

- ik instem met het Reglement Zvw-pgb 2025 van DSW Zorgverzekeraar;
- ik toestemming geef om het zorgplan en de anamnese met de aanvraag mee te sturen;
- de vastgestelde zorgbehoefte in aanvraagformulier deel 1 met mij is besproken;
- ik, naast de meegestuurde indicatie, niet over een andere indicatie(s) voor verpleging en verzorging in de thuissituatie (volgens artikel 2 lid 10 Bzv) beschik;
- ik er mee instem dat DSW contact met de indicerende verpleegkundige, huisarts en/of medisch specialist opneemt om mijn (medische) gegevens omtrent deze aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en/of verzorging in te zien;
- ik in staat ben om, op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb zij verbonden op verantwoorde wijze uit te voeren. Hierbij kunt u denken aan het contracteren van zorgverleners, het voeren van de administratie en het toezicht houden op de nakoming van zorgovereenkomsten;
- ik in staat ben om, op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap, en de gekozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
- ik niet in het bezit ben van een indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz);
- ik op de hoogte ben van de aan verzekerde gestelde verantwoordelijkheden, zoals opgenomen in het Reglement Zvw-pgb 2025;
- ik mijn (wettelijk) vertegenwoordiger toestemming geef om een bewuste-keuzegesprek met DSW te voeren als DSW daar om vraagt;
- ik alle gegevens naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid heb ingevuld en dat ik geen bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag heb verzwegen;
- ik alle wijzigingen die van invloed kunnen zijn op het pgb aan DSW doorgeef;
- ik het aan DSW doorgeef als er wijzigingen zijn in mijn keuze voor of de verhouding tussen zorg vanuit het Zvw-pgb of zorg in natura (ZIN);
- ik weet dat verzwijging van de voor DSW belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van deze aanvraag ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt.

**DATUM** : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Naam verzekerde of (wettelijk) vertegenwoordiger : \_\_\_\_\_

Handtekening verzekerde  
of (wettelijk) vertegenwoordiger : \_\_\_\_\_

Als het aanvraagformulier Zvw-pgb niet volledig is ingevuld en/of ondertekend, en/of relevante bijlagen ontbreken, dan nemen wij de aanvraag niet in behandeling. Dit kan gevolgen hebben voor de ingangsdatum van uw Zvw-pgb.

Ondergetekende, \_\_\_\_\_ (naam verzekerde) (verzekerdenummer: \_\_\_\_\_ )  
machtigt hierbij \_\_\_\_\_ (naam gevolmachtigde) wonende \_\_\_\_\_ (adres) te  
\_\_\_\_\_ (woonplaats) (hierna ook te noemen: gevolmachtigde), om namens ondergetekende alle (rechts)  
handelingen te verrichten die betrekking hebben op het door DSW Zorgverzekeraar aan ondergetekende toegekende of nog  
toe te kennen Zvw-pgb.

Hiermee geeft ondergetekende ook toestemming aan DSW Zorgverzekeraar om, voor de uitvoering van het aan ondergetekende toegekende of nog toe te kennen Zvw-pgb, noodzakelijke informatie en persoonsgegevens, waaronder gegevens betreffende de gezondheid, uit te wisselen met de gevolmachtigde.

De gevolmachtigde gaat er, door ondertekening van deze volmacht, mee akkoord dat hij/zij door DSW Zorgverzekeraar mede verantwoordelijk wordt geacht voor de nakoming van de taken en verplichtingen die zijn verbonden aan het Zvw-pgb en zijn beschreven in het Reglement Zvw-pgb, en mede aansprakelijk kan zijn voor gebreken in de nakoming hiervan.

Ondergetekende gaat er, door ondertekening van deze volmacht, mee akkoord dat hij/zij als budgethouder blijvend mede verantwoordelijk is voor de nakoming van de taken en verplichtingen die zijn verbonden aan het Zvw-pgb en zijn beschreven in het Reglement Zvw-pgb, en blijvend mede aansprakelijk kan zijn voor gebreken in de nakoming hiervan.

Deze machtiging wordt met ingang van \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (datum) afgegeven voor de gehele duur van het Zvw-pgb, tenzij ondergetekende deze volmacht op een eerder moment intrekt en daarvan schriftelijk melding maakt bij DSW Zorgverzekeraar.

## BUDGETHOUDER

Getekend te (woonplaats)

\_\_\_\_\_  
Handtekening budgethouder

## GEVOLMACHTIGDE

Naam gevolmachtigde

\_\_\_\_\_  
Telefoonnummer

\_\_\_\_\_  
Handtekening gevolmachtigde