

Wijzigingsformulier Persoonsgebonden budget

Vul dit formulier in met blauwe of zwarte pen en in blokletters.

De budgethouder of diens vertegenwoordiger is verplicht wijzigingen die van belang zijn voor de toekenning van het persoonsgebonden budget, door te geven aan het zorgkantoor.

1 Gegevens Budgethouder

Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam
Burgerservicenummer

2 Wijzigingen in het adres van de wettelijk vertegenwoordiger

Straatnaam Huisnummer Toevoeging
Postcode Woonplaats
Telefoonnummer

3 Overlijden budgethouder

Datum overlijden (DD/MM/JJJJ) Plaats

4 Wijziging vertegenwoordiger toegang PGB Portaal

Een vertegenwoordiger is iemand die toegang krijgt tot het PGB portaal. Deze vertegenwoordiger kan hiermee wijzigingen doorvoeren, zoals het afsluiten van een zorgovereenkomst. Ook de post wordt naar deze vertegenwoordiger gestuurd.

De vertegenwoordiger is Ouder Curator Mentor Bewindvoerder Voogd Gewaarborgde hulp
Is het niet uw gewaarborgde hulp, vul dan onderstaand in:

Stap 1 Vul in welke optie van toepassing:

a. Vertegenwoordiger op eigen naam

Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam
Geboortedatum (DD/MM/JJJJ) Burgerservicenummer

b. Vertegenwoordiger op naam van een organisatie (bijvoorbeeld bewindvoerderskantoor)

Naam organisatie KVK nummer

Stap 2 Vul onderstaande gegevens in:

Straatnaam Huisnummer Toevoeging

5 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.

6 Budgethouder wenst geen persoonsgebonden budget meer te ontvangen

Reden
Datum einde (DD/MM/JJJJ)

7 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 Nederlandse zorgverlener(s) met een vast maandloon, die niet mee gaan naar het buitenland, stop te zetten.

8 Ondertekening

Budgethouder

Naam Plaats
Datum (DD/MM/JJJJ) Handtekening

Wettelijk vertegenwoordiger

Naam Plaats
Datum (DD/MM/JJJJ) Handtekening

Naam overige vertegenwoordiger(s)

*Heeft u punt 4 ingevuld op het formulier? Dan moeten alle vertegenwoordigers tekenen die bij uw pgb betrokken zijn.
Heeft u punt 4 niet ingevuld? Dan hoeft dit niet ondertekend te worden.*

Naam Plaats
Datum (DD/MM/JJJJ) Handtekening

Naam Plaats
Datum (DD/MM/JJJJ) Handtekening

Naam Plaats
Datum (DD/MM/JJJJ) Handtekening

Een wettelijke vertegenwoordiger blijft eindverantwoordelijk voor waar hij/zij is aangesteld door de rechtbank.

Let op: Controleer of u alles en volledig heeft ingevuld.

Stuur het volledig ingevulde en ondertekende formulier naar Zilveren Kruis Zorgkantoor.

Dit kan door het formulier online te versturen via [zk.nl/zorgkantoor/contact](https://www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor/contact). Klik dan op 'naar document opsturen'.
Of stuur het formulier naar Zilveren Kruis Zorgkantoor, Postbus 353, 8000 AJ Zwolle.

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens in overeenstemming met het privacystatement (<https://www.zilverenkruis.nl/zorgkantoor/klanten/over-zilveren-kruis-zorgkantoor/privacy>) van Zilveren Kruis.
Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.