

Formulier splitsing van de kosten per maand (specificatie)

Naam budgethouder

Voorletter(s)	Tussenvoegsel	Achternaam	
Relatienummer		(9 cijfers en *verplicht veld)	Geboortedatum
Straatnaam		Huisnummer	Toevoeging
Postcode	Woonplaats		Land
Naam wooninitiatief			
Invuldatum formulier	(DD/MM/JJJJ)		

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 besteed 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:

1. **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.
2. **Onderdeel 2:** vult u in het totaaloverzicht het totaal aantal uren en tarieven waarmee u het maandloon specificieert.

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:

Dhr. wordt gestimuleerd en krijgt hulp en ondersteuning bij ADL: dagelijks douchen, wassen en huidverzorging. Controleren of wc-papier, tandpasta e.d. binnen handbereik staan. Gebitsverzorging, haren, nagels. Gehoorapparaat helpen indoen. Attenderen op schoonmaken en gebruik van bril. Begeleiden bij naar bed gaan. Zorgen voor schone kleding.

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.

Persoonlijke verzorging	Aantal uren per maand	Uurtarief €	Bedrag per maand €
Individuele begeleiding	Aantal uren per maand	Uurtarief €	Bedrag per maand €
Begeleiding groep/dagbesteding	Aantal uren per maand	Uurtarief €	Bedrag per maand €
Verpleging	Aantal uren per maand	Uurtarief €	Bedrag per maand €
Huishoudelijke hulp	Aantal uren per maand	Uurtarief €	Bedrag per maand €
Vervoer	Aantal uren per maand	Uurtarief €	Bedrag per maand €
Nachtwaak	Aantal uren per maand	Uurtarief €	Bedrag per maand €
	Totaal aantal uren per maand		Totaal maandloon €

* Bekijk u de 'Vergoedingenlijst 2021' op zk.nl/zorgkantoor 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 (DD/MM/JJJJ) Handtekening

**Stuur het volledig ingevulde en ondertekende formulier naar: Zilveren Kruis Zorgkantoor, Postbus 353, 8000 AJ Zwolle
Let op: Controleer of u alles en volledig heeft ingevuld.**

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.