

Omzettingsformulier Zorg Wlz

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



U heeft een indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz). Met deze indicatie kunt u Zorg in natura (ZIN) krijgen. Of u kiest voor een Persoonsgebonden Budget (pgb). Een combinatie van ZIN en pgb is ook mogelijk. Met dit formulier geeft u aan dat u (een deel van) uw zorg wilt omzetten.

1 Mijn gegevens

Achternaam	<input type="text"/>	Voorletters	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Geslacht	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Straatnaam	<input type="text"/>	Huisnr.	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>	Telefoonnummer mobiel	<input type="text"/>
E-mailadres	<input type="text"/>		

2 Welke zorg wilt u omzetten?

Kies één van de volgende opties:

- Ik wil al mijn Wlz zorg ontvangen in ZIN, ga verder naar vraag 3.*
- Ik wil al mijn Wlz zorg ontvangen in pgb, ga verder naar vraag 4a en b.*

* Wilt u een combinatie van pgb en ZIN? Of heeft u al een combinatie en wilt u dat deze verdeling anders wordt? Er is geen omzettingsformulier nodig. Volg de stappen op onze [website](#).

3 Vanaf welke datum wilt u omzetten naar ZIN en van welke zorgaanbieder(s) wilt u ZIN?

Vul hier uw zorgprofiel (ZP) in

Datum	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Naam zorgaanbieder	<input type="text"/>
		AGB-code zorgaanbieder	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Naam zorgaanbieder	<input type="text"/>
		AGB-code zorgaanbieder	<input type="text"/>
Datum	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Naam zorgaanbieder	<input type="text"/>
		AGB-code zorgaanbieder	<input type="text"/>

Wij kunnen het formulier helaas niet verwerken als u geen zorgaanbieder invult. Het is dan voor ons niet duidelijk bij welke zorgaanbieder u de zorg wilt ontvangen. Heeft u nog geen voorkeur voor een zorgaanbieder en u wilt u hulp bij uw keuze? Neemt u dan contact op met het zorgkantoor via telefoonnummer (038) 456 78 88.

Ga verder naar vraag 5.

4a Vanaf welke datum wilt u omzetten naar pgb?

Vul hier uw zorgprofiel (ZP) in

Datum - -

Maakt u op dit moment gebruik van zorg in natura (ZIN)? Kies dan een omzettingsdatum in de toekomst. Dan kunt u uw zorg in natura blijven ontvangen tot de aanvraagprocedure voor een pgb is afgerond.

4b Wilt u op de wachtlijst voor een opname (blijven) staan?

Als u pgb ontvangt, kunt u wel op de wachtlijst (blijven) staan voor opname in een instelling.

Nee

Ja, ik wil op de wachtlijst bij Naam zorgaanbieder

AGB-code zorgaanbieder

5 Wat is de reden dat u de zorg wilt omzetten?

- De zorgaanbieder biedt alleen ZIN pgb
- Ik word definitief opgenomen.
- Ik word tijdelijk opgenomen (logeren).
- Ik heb geen recht op een pgb.
- Ik wil een pgb tot ik word opgenomen.
- Ik ben ontslagen na een opname.

Anders, namelijk

6 Heeft u nog opmerkingen of extra informatie?

7 Ondertekening

Budgethouder/verzekerde

Naam

Plaats

Datum - -

Handtekening

Wettelijk vertegenwoordiger

Naam

Plaats

Datum - -

Handtekening

Het formulier is ondertekend door de:

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

Wilt u in geval van wettelijke vertegenwoordiging/GWH aanvinken wie de wettelijk vertegenwoordiger is en de gegevens van de wettelijk vertegenwoordiger of gewaarborgde hulp invullen: Ouder(s) Bewindvoerder Curator Voogd Mentor GWH

Gegevens van de wettelijk vertegenwoordiger/GWH

Achternaam Voorletters

Geboortedatum - - Geslacht Man Vrouw

Straatnaam Huisnr. Toevoeging

Postcode Woonplaats Land

Telefoonnummer Telefoonnummer mobiel

E-mailadres

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 en de gevraagde kopieën heeft bijgevoegd. Als het formulier niet ondertekend is door de budgethouder of wettelijke vertegenwoordiger wordt het formulier niet verder in behandeling genomen.

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.