

Wijzigingsformulier Persoonsgebonden budget

Vul dit formulier helemaal 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
Bsn (Burgerservicenummer)

2 Verzoek tot omzetting van PGB naar ZIN

Straatnaam Huisnr. Toevoeging
Postcode Woonplaats
Telefoon vast Telefoon mobiel

3 Wijzigingen in het adres van de wettelijke vertegenwoordiger

Straatnaam Huisnr. Toevoeging
Postcode Woonplaats
Telefoon vast Telefoon mobiel

4 Overlijden budgethouder

Datum overlijden Plaats

5 Opname budgethouder in ziekenhuis langer dan 2 maanden

Ziekenhuis Plaats
In andere instelling Plaats
Datum opname

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

7 Budgethouder ontvangt zorg in natura voor een functie waarvoor ook PGB ontvangen wordt

Functie
Zorgleverende instelling
Ingangsdatum

8 Ondertekening

Datum 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.