

Wijzigingsformulier persoonsgebonden budget (pgb)

Met dit formulier kunt u verschillende wijzigingen aan ons doorgeven zoals veranderingen in een telefoonnummer of contactpersoon. Wilt u een zorgovereenkomst wijzigen? Kijk dan op www.cz-zorgkantoor.nl/zorgovereenkomst

Ontvangt u al uw zorg van een gecontracteerde zorgaanbieder via zorg in natura (ZIN)?

Vult u dan het 'Wijzigingsformulier zorg in natura (ZIN)' in.

Relatienummer:	_____
Naam:	_____
BSN:	_____
Woonadres:	_____
Postcode:	_____
Woonplaats:	_____

VINK AAN WELKE WIJZIGINGEN U WILT DOORGEVEN.

1. Wijziging persoonsgegevens budgethouder

Naam:	_____	Voorletters:	_____
Woonadres:	_____	Postcode:	_____
Woonplaats:	_____	Telefoonnummer:	_____
E-mailadres:	_____	Met ingang van:	_____

2. Wijziging gegevens wettelijk vertegenwoordiger* / contactpersoon / gewaarborgde hulp**

man vrouw onbekend

Naam:	_____	Voorletters:	_____
Woonadres:	_____	Postcode:	_____
Woonplaats:	_____	Telefoonnummer:	_____
E-mailadres:	_____	Geboortedatum:	_____
Relatie tot budgethouder:	_____	Met ingang van:	_____

* Als u een nieuwe wettelijk vertegenwoordiger heeft, stuur ons dan ook een kopie van de gerechtelijke beschikking.
 ** Als u een nieuwe gewaarborgde hulp (GWH) wilt, moet u altijd een verklaring gewaarborgde hulp invullen (download het formulier op onze website of vraag het telefonisch of per e-mail bij ons op).

3. Wijziging correspondentieadres

- Correspondentieadres moet gelijk zijn aan het woonadres (zie 1)
- Correspondentieadres moet gelijk zijn aan het adres van mijn wettelijk vertegenwoordiger, contactpersoon of gewaarborgde hulp (zie 2)
- Ander correspondentieadres

Naam: _____ Voorletters: _____

Woonadres: _____ Postcode: _____

Woonplaats: _____ Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____ Geboortedatum: _____

Met ingang van: _____

4. Tijdelijk verblijf buitenland

Periode van: _____ tot en met: _____

Land: _____ Datum van terugkeer nog niet bekend.

Ik neem mijn zorgverleners mee om zorg zorg te verlenen (vul de namen van uw zorgverleners in)

Vertrekt u langer dan 13 weken óf voor onbepaalde duur naar een land buiten de EU? Dan beëindigen wij uw pgb. U ontvangt dan een beëindigingsbrief.

5. Beëindiging budget

Overlijden van de budgethouder _____ Datum overlijden: _____

Andere reden: _____

Met ingang van: _____

Overstap naar zorg in natura? Gebruik dan het omzettingsformulier van pgb naar zorg in natura.

6. Hervatten pgb

Gewenste ingangsdatum: _____

Mijn gewaarborgde hulp blijft gelijk. Mijn gewaarborgde hulp wijzigt.

Wijzigt uw GWH, dan starten wij een nieuwe aanvraagprocedure op met aanvraagformulier en Bewuste Keuze Gesprek (BKG).

7. Andere wijziging

Met ingang van: _____

Let op: dit formulier is niet bedoeld voor een wijziging of beëindiging van een zorgovereenkomst! Zie daarvoor www.cz-zorgkantoor.nl/zorgovereenkomst.

8. Ondertekening

De persoon die het pgb beheert moet dit formulier ondertekenen.

Ik heb een:	Wie ondertekent:
Gewaarborgde hulp	Gewaarborgde hulp
Gewaarborgde hulp en wettelijk vertegenwoordiger	Gewaarborgde hulp
Wettelijk vertegenwoordiger:	Wettelijk vertegenwoordiger:
Geen van beide	Budgethouder zelf

Wie ondertekent het formulier?

- De budgethouder zelf
- De wettelijk vertegenwoordiger
- De gewaarborgde hulp

Naam: _____

Datum: _____

Handtekening: _____

U kunt dit formulier sturen naar:

CZ zorgkantoor

T.a.v. Team Pgb

Antwoordnummer 60518

5000 WB Tilburg

of mailen naar: pgb@cz.nl