



Aevitae  
afdeling Medische Garanties  
Postbus 2705  
6401 DE Heerlen

## Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging

### DEEL 1: Verpleegkundig deel aanvraag 2019

Dit deel vult de verpleegkundige in samen met de verzekerde of een (wettelijke) vertegenwoordiger<sup>1</sup>.

Een kopie van dit deel van het aanvraagformulier dient te worden toegevoegd aan het dossier van de verpleegkundige.

#### 1. Gegevens verzekerde (voor wie is het Zvw-pgb bedoeld)

Achternaam: \_\_\_\_\_

Voorletters: \_\_\_\_\_  de heer  mevrouw

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

BSN: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

#### 2. Gegevens indicerende verpleegkundige

Naam (zoals vermeld in BIG Register): \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

BIG nummer: \_\_\_\_\_

Niveau opleiding: \_\_\_\_\_

Naam indicerende organisatie: \_\_\_\_\_

AGB-code indicerende organisatie: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Een **wettelijke vertegenwoordiger** is voor een persoon jonger dan 18 jaar één van ouders, voor zover deze het ouderlijk gezag heeft, of een voogd. Voor personen van 18 jaar en ouder is het een door de Rechtbank vastgestelde curator, mentor of bewindvoerder. Een **vertegenwoordiger** is een familielid (bloed- en aanverwante in de 1e of 2e graad) en die niet aan de definitie van een wettelijke vertegenwoordiger voldoet.

Paraaf verpleegkundige:

\_\_\_\_\_

### 3. Over de zorgvraag van de verzekerde (anamnese uit het zorgplan)

Wat is de reden van de pgb-aanvraag? (kruis aan wat van toepassing is)

- Het betreft een eerste aanvraag voor een pgb.
- Verzekerde ontvangt reeds wijkverpleging maar wil geheel of gedeeltelijk gaan voorzien in de zorg in de vorm van een pgb.
- Het betreft een verlenging van pgb.
- Er is sprake van een nieuwe indicatie omdat de zorgbehoefte is gewijzigd. Geef bij vraag 4 een korte omschrijving van de wijziging.

De zorgvraag betreft zorg voor de verzekerde langer dan één jaar:

- verpleging en/of verzorging vanaf 18 jaar
- verpleging en/of verzorging voor verzekerden tot 18 jaar<sup>2</sup>

Of de zorgvraag betreft:

- palliatieve terminale zorg (PTZ)

Is er gebruik gemaakt van een classificatiesysteem bij de indicatiestelling?

- nee
- ja, te weten:

Omschrijf het ziektebeeld van de verzekerde

- Zie uitgedrupte deel Elektronisch Cliëntendossier (print bijsluiten)<sup>3</sup>

Omschrijf de beperkingen als gevolg van het ziektebeeld van de verzekerde

- Zie uitgedrupte deel Elektronisch Cliëntendossier (print bijsluiten)<sup>3</sup>

Omschrijf de zorgvraag t.a.v. verpleging en verzorging van de verzekerde die valt onder de aanspraak wijkverpleging

- Zie uitgedrupte deel Elektronisch Cliëntendossier waarin is opgenomen (print bijsluiten):
  - omschrijving handelingen, geïndiceerde tijdsduur per handeling en aantal keren per week
  - soort (PV/VP)
  - totaal aantal uren/minuten per week

of omschrijf onderstaand de zorg die geboden moet worden conform onderstaande tabel

Verzorging Omschrijving handelingen	Uren/ minuten	Aantal keren per week	Totaal aantal uren / minuten per week
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<sup>2</sup> Indicatie dient gesteld te zijn door een hbo-kinderverpleegkundige.

<sup>3</sup> Indien de verzekerde toestemming geeft om de anamnese (onderdeel zorgplan) uit het Elektronisch Cliëntendossier (ECD) mee te sturen, kan volstaan worden met een verwijzing naar dit deel als de vraag daarmee afdoende wordt beantwoord. Is dit niet het geval dan dient een nadere toelichting gegeven te worden.

Paraaf verpleegkundige:

Verpleging Omschrijving handelingen	Uren/ minuten	Aantal keren per week	Totaal aantal uren / minuten per week
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Omschrijf hoe de zelfredzaamheid wordt bevorderd en hoe deze wordt geborgd?

Omschrijf de gewenste resultaten / doelen die voortkomen uit de zorgvraag en hoe u deze bereikt en in welk tijdsbestek

Zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier (print bijsluiten)<sup>3</sup>

Is er mantelzorg door familie of het sociaal systeem mogelijk? Zo ja, welke zorg wordt daar in geleverd? Zo nee, waar is dit niet mogelijk?

Zie uitgeprinte deel Elektronisch Cliëntendossier (print bijsluiten)<sup>3</sup>

Is er naast de zorgvraag die onder de aanspraak wijkverpleging valt nog sprake van gebruik van zorg of hulpmiddelen uit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) of Jeugdwet of Wet langdurige zorg?<sup>4</sup> Denk hierbij aan: begeleiding, dagopvang, logeeropvang, vervoer, hulpmiddelen, persoonlijke verzorging en huishoudelijke hulp.

Ja, namelijk:

Nee

<sup>4</sup> Indien de verzekerde een indicatie heeft voor Wlz (Wet Langdurige Zorg) is geen aanspraak op wijkverpleging mogelijk.

Paraaf verpleegkundige:

#### 4. Over de door u vastgestelde indicatie

Wat is de gemiddelde zorgbehoefte aan verpleging, verzorging per week voor het Zvw-pgb?

	Voorgaande indicatie (indien van toepassing)	Nieuwe indicatie <i>(volledig uitschrijven en afronden op 5 minuten) Bijv. drie uur en tien minuten</i>
<input type="checkbox"/> Verpleging	uren / minuten per week _____	_____
<input type="checkbox"/> Persoonlijke Verzorging <sup>7</sup>	uren / minuten per week _____	_____

Wat is de gemiddelde zorgbehoefte aan verpleging, verzorging per week voor zorg in natura?

<input type="checkbox"/> Verpleging	uren / minuten per week _____	<i>(volledig uitschrijven en afronden op 5 minuten) Bijv. drie uur en tien minuten</i>
<input type="checkbox"/> Persoonlijke Verzorging <sup>7</sup>	uren / minuten per week _____	<i>(volledig uitschrijven en afronden op 5 minuten) Bijv. drie uur en tien minuten</i>

Toelichting op gewijzigde indicatie in geval van gewijzigde zorgbehoefte:

Is er naast de bovenstaande geïndiceerde zorg, gericht op het pgb, ook sprake van Zorg In Natura?

Zo ja, graag omschrijven van welke zorg sprake is.

Wat is de ingangsdatum van de indicatie en tot wanneer is deze geldig?

	Datum ingang indicatie	Datum einde indicatie (tot en met)
<input type="checkbox"/> Verpleging	_____	_____
<input type="checkbox"/> Persoonlijke Verzorging	_____	_____

Paraaf verpleegkundige:

Met wie hebt u de zorgbehoefte besproken (meerdere antwoorden mogelijk)

Verzekerde zelf

Een (wettelijke) vertegenwoordiger van de verzekerde, naam (wettelijke) vertegenwoordiger:

Huisarts

Erkende tolk, naam:

Overige:

Op welk(e) moment(en) evalueert u of de ingezette zorginterventies bijdragen aan de gestelde zorgdoelen? <sup>5</sup>

Datum 1

Datum 2 (Optioneel)

Motivatie (optioneel)

### 5. In geval van PTZ

Indien ja, welke arts heeft de terminaalverklaring afgegeven dat er sprake is van een levensverwachting van **minder dan drie maanden**?

Naam arts:

Specialisme

Ziekenhuis:

Telefoonnummer:

*Vergeet u niet de verklaring van de arts mee te sturen, waarin staat dat u aangewezen bent op PTZ. Uit deze verklaring moet blijken dat de levensverwachting minder dan drie maanden is. Daarbij vragen wij een korte toelichting over de huidige medische situatie.*

### 6. In geval van zorg aan kinderen tot 18 jaar

Welke medisch specialist is als behandelaar bij de zorg betrokken?

Naam arts:

Specialisme

Ziekenhuis:

Telefoonnummer:

<sup>5</sup> De zorgverzekeraar vindt het belangrijk dat de wijkverpleegkundige het cyclisch proces in het Zw-pgb toepast en hiervoor gedurende de looptijd van het pgb de pgb-houder eenmaal of periodiek bezoekt, waarbij maatwerk wordt betracht. Tijdens deze evaluatie wordt nagegaan of de ingezette zorginterventies bijdragen aan de gestelde zorgdoelen.

Paraaf verpleegkundige:

## 7. Ondertekening door verpleegkundige

Door ondertekening van dit formulier verklaar ik dat:

- de afgegeven indicatie en dossiervorming voldoet aan de eisen zoals gesteld in het normenkader Indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving van de V&VN;
- ik zelf geen belanghebbende ben in de uitvoering van de indicatie;
- er geen 'gebruikelijke' zorg is meegenomen in de indicatie;
- er bij de indicatiestelling de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg is gehanteerd bij het bepalen of er noodzaak is tot het gebruik van een tolk;
- de zorgbehoefte voor de verzekerde in zijn/haar eigen thuissituatie is beoordeeld waar de verzekerde zelf bij was;
- ik de medische diagnose gesteld door de huisarts/medisch specialist op papier heb gezien. Of dat ik deze zelf heb geverifieerd bij de huisarts/medisch specialist; indien noodzakelijk
- een medicijnlijst heb gezien (indien er sprake is van medicatie). Indien noodzakelijk

Datum: \_\_\_\_\_

Naam Verpleegkundige: \_\_\_\_\_

Handtekening Verpleegkundige: \_\_\_\_\_

Handtekening Verzekerde (Uw handtekening): \_\_\_\_\_

### Wat stuurt u met deze aanvraag mee?

1. Verpleegkundige deel (deel 1);
2. Verzekerde deel (deel 2);
3. Verklaring arts als er sprake is van Palliatief Terminale Zorg (indien van toepassing);
4. Kopie anamnese en zorgplan uit het Elektronische Cliëntendossier als daartoe toestemming is verleend.
5. Om uw aanvraag te bespoedigen heeft dit onze voorkeur;
6. Kopie van de uitspraak van de rechtbank met betrekking tot vertegenwoordiging (indien van toepassing);
7. Het formulier (wettelijk) vertegenwoordiger Zvw-pgb (optioneel).

**Als het aanvraagformulier pgb niet volledig is ingevuld, geparafeerd en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, nemen wij de aanvraag niet in behandeling. Dit kan gevolgen hebben voor de ingangsdatum van uw pgb.**

Paraaf verpleegkundige:

## DEEL 2: Verzekerde deel aanvraag 2019

Dit deel wordt door de verzekerde of een (wettelijke) vertegenwoordiger ingevuld.<sup>1</sup>

Wij verzoeken u voor het invullen het Reglement Zvw-pgb te raadplegen.

Dit reglement is beschikbaar op onze website, maar u kunt het ook bij ons opvragen..

### 1. Gegevens verzekerde

Achternaam: \_\_\_\_\_

Voorletters: \_\_\_\_\_

de heer  mevrouw

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

BSN: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_

Polisnummerr: \_\_\_\_\_

### 2. Een (wettelijke) vertegenwoordiger

Een wettelijke vertegenwoordiger is voor een persoon jonger dan 18 jaar één van de ouders, voor zover deze het ouderlijk gezag heeft, of een voogd. Voor personen van 18 jaar en ouder is het een curator, mentor of bewindvoerder, door de Rechtbank vastgesteld. Een vertegenwoordiger is een familielid (bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad) die niet aan de definitie van een wettelijke vertegenwoordiger voldoet.

#### Heeft u een (wettelijke) vertegenwoordiger?

Ja, namelijk wettelijke vertegenwoordiger, vul gegevens hieronder in

Ja, namelijk vertegenwoordiger, vul gegevens hieronder in

Nee

#### Gegevens van uw (wettelijk) vertegenwoordiger:

Achternaam: \_\_\_\_\_

Voorletters: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en plaats: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

Relatie tot verzekerde: \_\_\_\_\_

#### Gegevens van uw bewindvoerder, in het geval dit een organisatie is

Naam organisatie: \_\_\_\_\_

KvK nummer organisatie: \_\_\_\_\_

Postcode en plaats: \_\_\_\_\_

Contactpersoon: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Indien u te weinig ruimte heeft, kunt u een extra bladzijde toevoegen.

### 3. Reden van de pgb aanvraag

Wat is de reden van uw aanvraag?

- Ik heb voor het eerst verpleging/verzorging nodig en vraag daarvoor een pgb aan.
- Ik ontvang reeds verpleging/verzorging maar wil hiervoor geheel of gedeeltelijk overstappen naar een Zvw-rgb.
- Ik ontvang reeds een Zvw-rgb en mijn indicatie loopt af. (U hoeft onderdeel 5 niet in te vullen)
- Ik verander van zorgaanbieder(s).  
*(U hoeft het verpleegkundige deel 1 van het Aanvraagformulier Zvw-rgb niet opnieuw aan de verzekeraar te verzenden en u hoeft onderdeel 5 niet in te vullen)*
- Ik ontvang reeds een Zvw- en mijn zorgbehoefte is gewijzigd. ( U hoeft onderdeel 5 niet in te vullen).
- Ik ben overgestapt van verzekeraar.

### 4. Gecontracteerde aanbieder

Ontving u voor de aanvraag verpleging/verzorging van een gecontracteerde aanbieder?

- Nee
- Ja, van : \_\_\_\_\_

### 5. Waarom wilt u een Zvw-rgb?

Hieronder dient u toe te lichten:

- waarom u een Zvw-rgb wilt voor verpleging en/of verzorging.
- waarom u niet kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder.



## 6. Bij welke zorgaanbieders wilt u de zorg inkopen?

Vul in onderstaand schema in bij welke zorgaanbieders u de zorg wil inkopen.<sup>1</sup>

Naam	Postcode en huisnummer	Plaats	Bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad	AGB code <sup>2</sup>
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	_____
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	_____
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	_____
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	_____
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	_____
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	_____
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	_____
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	_____
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	_____
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	_____

<sup>1</sup> Met zorgverlener bedoelen wij hier:

- een formele zorgverlener: met een registratie als officieel zorgverlener, geen familielid van u
- een informele zorgverlener: familielid of kennis

<sup>2</sup> U hoeft geen AGB code of KvK nummer in te vullen:

als uw zorgaanbieder uw partner is of een bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad

of

als er sprake is van een arbeidsovereenkomst met een zorgverlener (die niet beschikt over een BIG registratie verpleegkundige niveau 4 of 5)

of

als uw zorgaanbieder niet als zorg verlenende instantie (SBI 86-87-88) staat ingeschreven in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel.

Voor alle overige zorgaanbieders vult u een AGB code in. De AGB code kunt u bij uw zorgaanbieder opvragen. Beschikt uw zorgaanbieder er niet over, dan kan uw zorgaanbieder deze mogelijk bij Vektis opvragen. Zie daarvoor [www.agbcode.nl](http://www.agbcode.nl)

## 7. Welke afspraken maakt u met uw zorgverlener?

Vul in onderstaand schema in welke zorg u bij uw zorgverlener(s) wil inkopen. De totale tijd die u verdeelt over uw zorgverleners moet overeenkomen met de indicatie die de wijkverpleegkundige gesteld heeft op deel 1 van het aanvraagformulier. In de achterste kolom geeft u aan of u de zorgverlener uitbetaalt met uw PGB. Maakt u gedeeltelijk gebruik van een gecontracteerde zorgverlener dan vult u hier 'nee' in. Deze zorgverlener kan de kosten namelijk rechtstreeks declareren bij Aevitae.

Naam	Aantal uren/minuten per week persoonlijke verzorging	Aantal uren/minuten per week verpleging	pgb Ja/nee
_____	_____ / _____	_____ / _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
_____	_____ / _____	_____ / _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
_____	_____ / _____	_____ / _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
_____	_____ / _____	_____ / _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
_____	_____ / _____	_____ / _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
_____	_____ / _____	_____ / _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
_____	_____ / _____	_____ / _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
_____	_____ / _____	_____ / _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
_____	_____ / _____	_____ / _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
_____	_____ / _____	_____ / _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee
Totaal aantal uren / minuten	_____ / _____	_____ / _____	

In de vorige tabel heeft u weergegeven welke afspraken u maakt met uw zorgverleners, gericht op het pgb.

Maakt u, of zijn er naast deze pgb afspraken, ook afspraken met Zorg in natura aanbieders?

Ja, namelijk (naam zorgaanbieder en omschrijving zorgafspraken):

Nee

Wanneer wilt u uw PGB in laten gaan?

Zo spoedig mogelijk<sup>3</sup>  Ik wil mijn pgb in laten gaan op \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (DD-MM-JJJJ)<sup>4</sup>

<sup>3</sup> De vroegst mogelijk ingangsdatum van een pgb vv is de datum waarop de verzekeraar de volledige, ondertekende aanvraag heeft ontvangen.

<sup>4</sup> Deze datum kan niet vallen voor de ondertekende datum van aanvraag Deel 1 en aanvraag Deel 2 en daarnaast moet de aanvraag vóór deze ingangsdatum volledig ingevuld en ondertekend bij de verzekeraar binnen zijn. Geef aan van wie u zorg krijgt als uw zorgaanbieders afwezig zijn vanwege ziekte en/of vakantie.

Geef aan van wie u zorg krijgt als uw zorgaanbieders afwezig zijn vanwege ziekte en/of vakantie.

Bij persoonlijke verzorging:

Bij verpleging:

#### **8. Wat stuurt u met deze aanvraag mee?**

Bij deze aanvraag dient meegestuurd te worden:

1. Verpleegkundige deel (deel 1)
2. Verzekerde deel (deel 2)
3. Verklaring arts dat er sprake is van Palliatief Terminale Zorg (indien van toepassing).
4. Kopie anamnese (onderdeel van het zorgplan) uit het Elektronische Cliëntendossier als daartoe toestemming is verleend. Om uw aanvraag te bespoedigen heeft dit onze voorkeur.
5. Kopie van de uitspraak van de rechtbank m.b.t. vertegenwoordiging (indien van toepassing).

Als u voogd, curator, mentor, bewindvoerder of door de notaris gemachtigde vertegenwoordiger bent, stuurt u een kopie mee van de brief ('beschikking') van de rechtbank of van de notariële akte. Dat is belangrijk, omdat wij uw aanvraag anders niet kunnen behandelen.

Dit is niet nodig als u de ouder en daarmee de wettelijk vertegenwoordiger bent van een kind jonger dan 18 jaar, dan volstaat een kopie van een geldig identiteitsbewijs.

## 9. Ondertekening

Ik verklaar:

- dat ik instem met het op moment van aanvraag geldende Reglement Zvw-pgb van mijn zorgverzekeraar;
- dat ik toestemming geef om de anamnese (onderdeel van het zorgplan) mee te sturen met de aanvraag;
- dat de vastgestelde zorgbehoefte in het verpleegkundige deel (aanvraagformulier deel 1) van de aanvraag met mij is besproken;
- dat ik naast de meegestuurde indicatie niet over andere indicatie(s) voor verpleging en verzorging in de thuissituatie (conform art. 2.10 Bzv) beschik;
- dat ik er mee instem dat mijn zorgverzekeraar contact opneemt met de indicerende verpleegkundige, mijn huisarts en/of mijn medisch specialist om mijn (medische) gegevens omtrent deze aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en/of verzorging in te zien;
- dat ik in staat ben op eigen kracht of met hulp van de (wettelijke) vertegenwoordiger de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren (o.a. contracten af te sluiten met zorgaanbieders en om taken te verrichten zoals werving, opleiding, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten);
- dat ik in staat ben op eigen kracht of met hulp van de (wettelijke) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te kunnen maken ten aanzien van werkgeverschap, en de verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
- dat ik niet in het bezit ben van een indicatie voor de Wet Langdurige Zorg (Wlz);
- dat ik op de hoogte ben van de aan verzekerde gestelde verantwoordelijkheden zoals opgenomen in het op moment van aanvraag geldende Reglement Zvw-pgb;
- dat ik mijn vertegenwoordiger toestemming geef om een Bewuste-keuze gesprek te voeren met de zorgverzekeraar indien de zorgverzekeraar daarom vraagt;
- dat ik alle gegevens naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid heb ingevuld en dat ik geen bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag heb verzwegen;
- dat ik weet dat verzwijging van de voor Aevitae belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van dit formulier ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt;
- dat ik alle wijzigingen die van invloed kunnen zijn op het pgb doorgeef aan Aevitae.

Datum

---

Naam verzekerde of wettelijk vertegenwoordiger <sup>5</sup>

---

Handtekening verzekerde of wettelijk vertegenwoordiger <sup>6</sup>

---

Handtekening wettelijk vertegenwoordiger <sup>7</sup>

---

### Waar stuurt u deze aanvraag naar toe?

Aevitae

T.a.v. Medische Garanties

Postbus 2705

6401 DE Heerlen

**Als het aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (Zvw-pgb) niet volledig is ingevuld, geparafeerd en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, nemen wij de aanvraag niet in behandeling.**

<sup>5</sup> Vertegenwoordiger: stuur kopie identiteitsbewijs mee  
Wettelijke vertegenwoordiger: stuur kopie beschikking rechtbank mee

<sup>6</sup> Als het van toepassing is

<sup>7</sup> Is er een minderjarige budgethouder? En hebben beide ouders ouderlijk gezag? Dan moet een 2e wettelijke vertegenwoordiger ook ondertekenen.