



Formulier onvermijdbare kosten

Als een persoonsgebonden budget (pgb) wordt beëindigd, dan kan het zijn dat u te maken heeft met onvermijdbare kosten. Met dit formulier dient u bij ons een verzoek in om uw budget op te hogen, zodat u ruimte in uw budget heeft om de onvermijdbare kosten te betalen. Om deze kosten te betalen, moet u bij de Sociale Verzekeringsbank een declaratie indienen. Hieronder wordt uitgelegd in welke gevallen u dit formulier kunt gebruiken.

Extra onvermijdbare zorgkosten

Het kan zijn dat u voor het beëindigen van het pgb extra zorgkosten heeft gemaakt, bijvoorbeeld omdat uw zorgverleners meer uren zorg hebben geleverd in de laatste levensfase.

Eenmalige uitkering

Als een pgb wordt beëindigd door overlijden, dan eindigt de zorgovereenkomst met een zorgverlener ‘van rechtswege’. Deze stopt dan per direct. In sommige situaties hebben zorgverleners recht op een éénmalige uitkering.

De éénmalige uitkering is bedoeld voor zorgverleners die plotseling zonder werk komen door de beëindiging van een zorgovereenkomst. Dit kan een arbeidsovereenkomst zijn, een zorgovereenkomst van opdracht of een zorgovereenkomst met een partner of een familielid. De uitkering is nadrukkelijk niet bedoeld voor zorginstellingen. In de zorgovereenkomst dient opgenomen te zijn dat er recht is op een éénmalige uitkering.

Let op:

- Dit formulier dient te worden ondertekend door de wettelijk vertegenwoordiger/bewindvoerder. Is er geen wettelijk vertegenwoordiger/bewindvoerder? Laat dan uw gewaarborgde hulp of één van de nabestaande het formulier ondertekenen.
- Houd bij het invullen van dit formulier rekening met gebruikelijke zorg en maximumtarieven.
- Heeft u meerdere zorgverleners en daardoor niet genoeg ruimte op dit formulier? Dan mag u een bijlage toevoegen. Vul per zorgverlener de (bedrijfs)naam in en een Burger-servicenummer of Kamer van Koophandelnummer.

1 Gegevens budgethouder (degene met de zorgbehoefte)

Naam

Burgerservicenummer

(BSN)

Geboortedatum

Datum van beëindiging pgb

Het formulier gaat verder op de volgende pagina.

2 Gegevens zorgverlener(s) (degene die de zorg hebben geboden)

Geef in onderstaand schema aan welke zorgverleners er nog recht hebben op een éénmalige uitkering of welke zorgverleners extra zorg hebben geleverd.

Naam zorgverlener

BSN of KvK van de zorgverlener

Deze zorgverlener heeft volgens de zorgovereenkomst recht op een eenmalige uitkering:

Ja Nee

Heeft uw zorgverlener extra uren gewerkt?

Ja Nee

Zo ja: wat is het uurtarief van uw zorgverlener?

Hoeveel uren heeft uw zorgverlener extra gewerkt?

Over welke periode is er extra zorg geleverd?

Naam zorgverlener

BSN of KvK van de zorgverlener

Deze zorgverlener heeft volgens de zorgovereenkomst recht op een eenmalige uitkering:

Ja Nee

Heeft uw zorgverlener extra uren gewerkt?

Ja Nee

Zo ja: wat is het uurtarief van uw zorgverlener?

Hoeveel uren heeft uw zorgverlener extra gewerkt?

Over welke periode is er extra zorg geleverd?

Naam zorgverlener

BSN of KvK van de zorgverlener

Deze zorgverlener heeft volgens de zorgovereenkomst recht op een eenmalige uitkering:

Ja

Nee

Heeft uw zorgverlener extra uren gewerkt?

Ja

Nee

Zo ja: wat is het uurtarief van uw zorgverlener?

Hoeveel uren heeft uw zorgverlener extra gewerkt?

Over welke periode is er extra zorg geleverd?

Totaal extra onvermijdbare zorgkosten:

3 Ondertekening

Datum

Plaats

Naam wettelijk vertegenwoordiger

Handtekening
wettelijk vertegenwoordiger

Naam gewaarborgde hulp

Handtekening gewaarborgde hulp

Naam nabestaande(n)

Handtekening(en) nabestaande(n)

4 Stuur het formulier naar ons toe

Stuurt u bijlagen mee?

Ja

Nee

Stuur dit formulier naar het zorgkantoor. U kunt dit formulier digitaal naar ons opsturen, via www.mijnvgzzorgkantoor.nl, of per post via onderstaand postadres.

Zorgkantoren Coöperatie VGZ
T.a.v. PGB-afdeling/ZOZB
Postbus 676
5600 AR Eindhoven