Persoonsgebonden Budget (PGB)-Plan Wmo 2015versie 03/04/17

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Persoonlijke gegevens** | |
| Naam |  |
| Geboortedatum |  |
| BSN |  |

|  |
| --- |
| **2. Keuze verantwoording** |
| 2.1 Heeft u uitgezocht of de zorg die u wilt inkopen ook wordt geleverd door aanbieders die gecontracteerd zijn door uw gemeente?  ⧠ Ja, ga naar vraag 2.2  ⧠ Nee, omdat  2.2 Om welke reden kunt of wilt u geen gebruik maken van zorgaanbieders die gecontracteerd zijn door uw gemeente? |

|  |
| --- |
| **3. Budget beheer** |
| 3.1 Wie gaat het persoonsgebonden budget beheren via de Sociale Verzekeringsbank? *(Wie is de gemachtigde?)*  Naam:  Adres:  Telefoonnummer:  Relatie tot aanvrager:  3.2 Is de gemachtigde op de hoogte van het trekkingsrecht, en weet hij/zij wat dit inhoudt?  ⧠ Ja  ⧠ Nee  3.3 Heeft de gemachtigde eerder een persoonsgebonden budget beheerd?  ⧠ Ja, ga naar vraag 3.4  ⧠ Nee, ga naar 4.  3.4 Is het beheer van dit persoonsgebonden budget tot nu toe altijd goed gegaan?  ⧠ Ja  ⧠ Nee, dit ging niet goed, omdat: |

|  |  |
| --- | --- |
| **4. Geformuleerde doelen uit het ondersteuningsplan** | |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| ***Vul ook een zorgplan in. Zie hiervoor de bijlage!*** | |

|  |
| --- |
| ***5.* Kwaliteit van de zorgverlener:**  **Als budgethouder bent u verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg/ondersteuning die u inkoopt, zodat u de gewenste resultaten bereikt.** |
| 5.1 De gegevens van de zorgverlener:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Naam zorgverlener | professional/ sociaal netwerk | Binnen/buiten leefeenheid | Nummer Kamer van Koophandel / BSN | | 1. |  |  |  | | 2. |  |  |  | | 3. |  |  |  | | 4. |  |  |  | | 5. |  |  |  |   5.2 Waarom kiest u voor deze aanbieder(s)?  5.3 Welke kwaliteit biedt deze aanbieder(s)?  *(Bijvoorbeeld keurmerk, vakgroep, BIG registratie, etc)*  5.4 hoe wordt deze kwaliteit geborgd?  *(Bijvoorbeeld BIG registratie, Verklaring omtrent gedrag, etc. In een geval van ondersteuning buiten de leefeenheid dient een verklaring omtrent gedrag (VOG) te worden opgeleverd)*  5.5 Wat is het opleidingsniveau, opleidingsrichting en ervaring van de zorgverlener(s)?  5.6 Bij zorgverlener(s) binnen de leefeenheid van de cliënt: “leidt de te bieden hulp niet tot  overbelasting?” |

|  |
| --- |
| **6. Ondertekening** |
| * Ik heb dit Persoonsgebonden Budget Plan naar waarheid ingevuld. * Ik geef toestemming om de ingevulde gegevens te controleren en informatie te delen met de zorgverlener, zorgaanbieder, het zorgkantoor, het CAK, het sociaal team en eventuele andere instanties, als het gaat om de zorg genoemd in dit plan. * Ik machtig de genoemde persoon als in 3.1 om mijn persoonsgebonden budget te beheren bij de Sociale Verzekeringsbank.   Naam:  Plaats: Datum:  Handtekening:  *Indien de PGB-houder bij het opstellen van het PGB-plan en het beheer van het PGB hulp ontvangt, dient deze ondersteuner het PGB-plan mede te ondertekenen. Het kan gaan om iemand uit het sociale netwerk dan wel een curator, bewindvoerder, mentor, gemachtigde, gecertificeerde instelling of aanbieder.*  Naam:  Plaats : Datum:  Handtekening:  *Let op. Bij dit PGB-Plan hoort een zorgplan, zie bijlage. Zonder zorgplan kan de PGB-aanvraag niet in behandeling worden genomen.* |

**Bijlage: Zorgplan**

*Aan de hand van onderstaand zorgplan wil de gemeente inzicht krijgen in de omvang van het PGB dat u nodig denkt te hebben. De hoogte van het PGB wordt bepaald aan de hand van het goedkoopst adequate tarief voor zorg in natura. In tabel 4 van het PGB-Plan staan de gewenste doelen.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Zorgplan** | |
| 1. Welke activiteiten worden uitgevoerd om het doel / de doelen te behalen? |  |
| 2. Welke zorgverlener voert deze activiteiten uit? |  |
| 3. Geef per activiteit aan hoeveel tijd het per week kost om dit uit te voeren. |  |
| 4. Geef per activiteit aan hoeveel PGB per week u denkt nodig te hebben. |  |
| 6. Wanneer is het doel / zijn de doelen bereikt? |  |