



HET PGB PLAN

Waarvoor is dit formulier?

U dient dit formulier (het PGB-plan) in te vullen als u met een persoonsgebonden budget (PGB) zorg vanuit de Wmo of Jeugdwet wilt inkopen. Met behulp van uw PGB-plan wordt getoetst of u voldoet aan de voorwaarden die worden gesteld aan (het beheren van) een PGB. Met dit PGB-plan laat u de gemeente zien dat u al heeft nagedacht over de manier waarop u het budget wilt gaan besteden. Indien u te weinig ruimte heeft voor uw antwoorden kunt u een bijlage meesturen. Zet daarop dezelfde gegevens als bij vraag 1.

Wie moet dit formulier invullen?

Als u het PGB zelf (als cliënt) gaat beheren, dient u dit formulier alleen in te vullen. Als uw eerste-, tweedegraads familielid of duurzame samenlevingspartner het PGB voor u gaat beheren, dan dient u dit formulier samen met deze persoon in te vullen.

Het is niet de bedoeling dat u dit formulier samen met uw zorgverlener invult.

1. PERSOONSgegevens CLIENT

Vul de gegevens van de cliënt in

Geboortenaam		Voorletters	
Geboortedatum		BSN	
Telefoonnummer		Mobiel telefoonnummer	06 -
Email			

2. KEUZE VOOR HET PGB

LET OP: u dient te motiveren waarom de zorg ingekocht door de gemeente niet passend is.
De door de gemeente Gennep ingekochte zorg kunt u terugvinden via de volgende website:
www.sociaaldomein-limburgnoord.nl/inkoop.

Waarom kiest u voor een PGB en niet voor zorg die gecontracteerd is door de gemeente?

3. Gewenste start- en einddatum zorg
Maximaal één jaar

Startdatum:

Einddatum:

4. DOELEN ZORG

Welke doelen wilt u behalen met de zorg die u wilt inkopen? (denk hierbij (ook) aan de doelen die zijn opgesteld in het leefzorgplan)

Vul in de linkerkolom 'doel' in welk(e) doel(en) u wil behalen.

Vul in de rechterkolom 'hoe te behalen' per doel in hoe u dit doel gaat behalen. Denk hierbij aan de activiteiten die u wilt ondernemen, stappen die u wilt zetten, de periode waarbinnen u dit wilt doen en de methoden waar u gebruik van wilt maken.

Doel	Hoe te behalen (laat zien hoe u hieraan gaat werken)

Toelichting

5. BEGROTING					
A. Soort zorg (bijv dagbesteding, begeleiding, persoonlijke verzorging of huishoudelijke hulp)	B. Naam zorgverlener	C. Professional of iemand uit het sociaal netwerk? ¹	D. Aantal dagen/ dagdelen/ uren per week	E. Tarief per dag/dagdeel/ uur	F. Kosten per week per soort zorg
Totale kosten per week					
Totale kosten per jaar *kosten per week x 52(weken) en naar rato van de duur van het PGB					

¹ Voor informele zorg ontvangt u lagere vergoeding dan voor formele zorg. Er is sprake van informele zorg als de zorgverlener iemand uit uw sociale netwerk (vriend, buur, familielid) is. Er is sprake van formele zorg als de zorgverlener NIET iemand uit uw sociale netwerk is, maar een professional.

Eventuele extra toelichting op de kosten:

--	--

6. BEHEER VAN HET PGB

5A. ALGEMENE VRAGEN

Wat doet u als uw zorgverlener ziek is, op vakantie is of niet komt opdagen? Hoe heeft u vervanging geregeld?

--

Wat doet u als u ontevreden bent over de zorg of de zorgverlener afspraken niet nakomt?

--

Hoe gaat u de zorg evalueren met uw zorgverlener(s)? Wat gaat u evalueren? Hoe vaak? Hoe legt u dit vast?

--

Hoe voert u de PGB administratie? Wat gaat u bijhouden? Hoe gaat u dit bijhouden?

--

Hoe organiseert u in geval van beschermd wonen de 24 uren nabijheid/bereikbaarheid van de zorgverleners?

--

5B. Gegevens vertegenwoordiger	
<i>LET OP: Alleen invullen als iemand anders dan u zelf het PGB gaat beheren</i>	
Wie gaat het persoonsgebonden budget beheren?	
Wat is de naam van de vertegenwoordiger?	
Wat is het e-mailadres en telefoonnummer van de vertegenwoordiger?	
Wat is de relatie van de vertegenwoordiger ten opzichte van u?	
Hoe vaak zal u contact hebben met de vertegenwoordiger? Op welke manier (schriftelijk, telefonisch, persoonlijk)? Hoeveel uur verwacht u per maand contact te hebben?	
Hoe vaak zal de vertegenwoordiger contact hebben met de zorgverlener? Op welke manier (schriftelijk, telefonisch, persoonlijk)? Hoeveel uur verwacht u per maand contact te hebben?	

7. PGB EN WONEN	
Bent u ermee bekend dat u niet uw huur- of woonlasten mag financieren uit het persoonsgebonden budget?	
Is de zorg verlenende organisatie dezelfde als de verhuurder van uw woning?	
Kunt u in uw woning blijven wonen wanneer uw behoefte aan zorg minder wordt of verdwijnt? Wat staat hierover in uw huurcontract? Zo nee, hoe gaat u vervolghuisvesting regelen als uw zorg stopt?	
Voldoet de woning aan alle relevante bouwvoorschriften en (brand)veiligheidseisen?	

8. Kwaliteit zorg(verlener)(s)

U bent zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg. Zorgverleners uit uw sociale netwerk dienen te beschikken over een zorggerelateerd diploma of recente zorggerelateerde werkervaring. Zorgverleners die niet behoren tot uw sociale netwerk dienen te beschikken over een verklaring omtrent gedrag (VOG) en een zorggerelateerd diploma op een passend niveau. Daarnaast dient jeugdhulp altijd te worden verleend onder verantwoordelijkheid van een (SKJ//BIG) geregistreerde professional.

A. Naam zorgverlener (en organisatie)	B. KvK/BSN ²	C. Passende VOG ja/nee?	D. Diploma <i>Geef ook het niveau van de opleiding aan</i>	E. Relevante werkervaring	F. Registratie (indien van toepassing)	
					Type registratie (SKJ, BIG, NVO, NIP)	Registratienummer

² Voor identificatiedoeleinden verzoeken we u om voor iedere zorgverlener een uniek registratienummer (KvK nummer of BSN) op te nemen. Formele zorgverleners dienen een KvK op te geven. Informele zorgverleners dienen een BSN te vermelden.

9. OVERIG

Wilt u nog iets toevoegen wat u nog niet heeft vermeld?

--

10. ONDERTEKENING

Indien u uw PGB zelf gaat beheren, dient alleen u dit formulier te ondertekenen. Gaat u eerste/tweede graadsfamilie lid of duurzame samenlevingspartner het PGB voor u beheren, dan dienen zowel u als deze persoon dit formulier te ondertekenen.

- Ik ben geïnformeerd over de rechten en plichten van een pgb
- Ik verklaar dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld

ONDERTEKENING CLIËNT

Ik verklaar dit formulier naar waarheid in te hebben gevuld

Volledige naam cliënt

Datum en plaats

Handtekening

ONDERTEKENING VERTEGENWOORDIGER

Ik verklaar dit formulier naar waarheid in te hebben gevuld

Volledige naam
vertegenwoordiger

Datum en plaats

Handtekening

Maak een kopie van dit ingevulde PGB-plan voor uw eigen administratie.

Het originele formulier stuurt u naar:

Gemeente Gennepe
T.a.v. Team Toegang
Postbus 9003
6590 HD Gennepe

Of lever het formulier in bij het gemeentekantoor aan het Ellen Hoffmanplein 1 te Gennepe.

Zaaknummer Djuma Leefzorgplan:

(in te vullen door medewerker gemeente Gennepe)