

Bijlage 1. Lijst met afkortingen

CAK = Centraal Administratiekantoor
CIZ = Centrum Indicatiestelling Zorg
CRvB = Centrale Raad van Beroep
COPD = Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CVV = Collectief Vraagafhankelijk Vervoer
DMS = Diagnostic and Statical manuel of mental disorders
HH = Hulp bij het Huishouden
LJN = Landelijk Jurisprudentie Nummer
MPT = Modulair Pakket Thuis
Pgb = persoonsgebonden budget
SVB = Sociale Verzekeringsbank
VPT = Volledig Pakket Thuis
WIA = Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen
Wlz = Wet langdurige zorg
Wvg = Wet voorzieningen gehandicapten (voorloper Wmo)
Wmo = Wet maatschappelijke ondersteuning
Zvw = Zorgverzekeringswet

Bijlage 2. Format pgb-plan

PGB-plan gemeente Oude IJsselstreek

(in te vullen door cliënt, eventueel met hulp van de vertegenwoordiger)

Wanneer u kiest voor een persoonsgebonden budget (pgb) betekent dit dat u zelf verantwoordelijk bent voor alle zaken die daarbij horen. Denk daarbij aan het afsluiten van een zorgovereenkomst met de zorgverlener, de administratie en het declareren van de facturen bij de Sociale verzekeringsbank (SVB). Denk daarom goed na over de keuze voor een pgb. Lijken deze verantwoordelijkheden u lastig dan kunt u kiezen voor zorg in natura (ZIN). Bij zorg in natura regelt de gemeente alle betalingen en het contact met de zorgverlener.

Opmerking: Heeft u onvoldoende ruimte om uw antwoorden goed op te kunnen schrijven? U kan altijd extra stukken meezenden. Geef dit dan duidelijk aan op het pgb-plan.

Doel van het pgb-plan.

U beschrijft in dit plan hoe u het pgb wilt besteden aan de ondersteuning die u nodig heeft. Het plan helpt u om doelen te stellen en de invulling van ondersteuning straks verder af te stemmen met uw zorgverlener. Het pgb ondersteuningsplan wordt door de gemeente beoordeeld en met u besproken. Vervolgens besluit de gemeente of u voor een pgb in aanmerking komt.

1. Persoonlijke gegevens

Naam _____
Geboortedatum _____
BSN-nummer _____

2. Budgetbeheerder *(indien van toepassing)*

Naam _____
Telefoonnummer _____
E-mailadres _____
Relatie tot cliënt _____

3. Soort ondersteuning

Welke ondersteuning wilt u inkopen?

Geef hier aan wat voor soort ondersteuning u wilt inkopen (bijvoorbeeld Begeleiding) en geef daarbij kort aan waarom u deze zorg nodig heeft (1 á 2 zinnen is voldoende).

4. Ik wil gebruik maken van een persoonsgebonden budget, omdat...

Geef hier aan waarom u zelf uw zorg in wilt kopen.

5. Beschrijf hieronder de doelen waaraan u wilt werken en welk resultaat u daarmee wilt bereiken.

Geef hier aan welke resultaten u wilt bereiken. Wees hier zo specifiek en concreet als mogelijk.

Aan welke doelen gaat u werken?	
Wat wilt u daarmee bereiken?	
Hoe gaat u dit bereiken?	
Waarom wilt u dit bereiken?	

Wanneer gaat u dit bereiken?	
Met wie gaat u dit bereiken?	

6. Bij welke zorgverlener(s) wilt u de zorg of ondersteuning inkopen?

Vul hier de naam in van de zorgverlener waar u uw zorg wilt inkopen en geef aan om wat voor soort zorgverlener het gaat.

Naam organisatie 1 (indien van toepassing):	
Naam zorgverlener:	
Mijn zorgverlener is...	
<input type="checkbox"/> een professionele dienstverlener, namelijk een...	
<input type="checkbox"/> Zelfstandig werkende professional (ZZP'er)	
<input type="checkbox"/> Professionele zorgorganisatie	
<input type="checkbox"/> iemand uit mijn sociale netwerk, namelijk een...	
<input type="checkbox"/> Familielid (inwonend)	
<input type="checkbox"/> Familielid (uitwonend)	
<input type="checkbox"/> Huisgenoot	
<input type="checkbox"/> Kennis of vriend	
<input type="checkbox"/> Anders, namelijk ...	

Naam organisatie 2 (indien van toepassing):	
Naam zorgverlener:	
Mijn zorgverlener is...	
<input type="checkbox"/> een professionele dienstverlener, namelijk een...	
<input type="checkbox"/> Zelfstandig werkende professional (ZZP'er)	
<input type="checkbox"/> Professionele zorgorganisatie	
<input type="checkbox"/> iemand uit mijn sociale netwerk, namelijk een...	
<input type="checkbox"/> Familielid (inwonend)	
<input type="checkbox"/> Familielid (uitwonend)	
<input type="checkbox"/> Huisgenoot	
<input type="checkbox"/> Kennis of vriend	
<input type="checkbox"/> Anders, namelijk ...	

7. Tarieven zorgverlener(s)

Heeft u vragen over de hoogte van de tarieven? Neem dan contact op met uw consulent.

Naam zorgverlener	Soort ondersteuning	Tarief per uur / per dagdeel / per etmaal (<i>opschrijven wat van toepassing is</i>)

Verantwoordelijkheden

8. Welke afspraken maakt u met uw zorgverlener?

U bent zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de ondersteuning. Daarom is het belangrijk om goede afspraken te maken met uw zorgverlener. Denk daarbij aan de doelen die u wilt bereiken. Wat voor afspraken maakt u om uw doelen te bereiken? En hoe zorgt u dat de zorg goed is en bij u past?

→ Om in aanmerking te komen voor een pgb, moet u van tevoren al een aantal afspraken maken met uw zorgverlener en dit invullen in dit plan.

Heeft u afspraken gemaakt over vakantie, ziektevervangings en afwezigheid?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
	nee	
Heeft u afspraken gemaakt over tijden en geplande zorgmomenten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
	nee	
Heeft u besproken wat u doet wanneer u niet tevreden bent met de zorg?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
	nee	
Heeft u een vast evaluatiemoment afgesproken met uw zorgverlener?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
	nee	
Zo ja, wat is de datum van de evaluatie? <i>Graag invullen in de kolom hiernaast.</i>		

Geef hieronder aan welke concrete afspraken u heeft gemaakt:

9. Administratieve Taken

Beseft u dat u een administratie bij moet houden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
	nee	
Beseft u dat u zelf verantwoordelijk bent voor het maken van contractuele afspraken met de zorgverlener(s)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
	nee	

Beseft u dat u moet controleren of de gedeclareerde zorg uit uw budget betaald mag worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
	nee	
Beseft u dat u de declaraties van uw zorgverlener in moet dienen bij de SVB?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
	nee	
Beseft u dat de gemeente onterecht besteed budget terug kan vorderen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>
	nee	

Heeft u nog vragen of opmerkingen?

Hier kunt u vragen kwijt die u nog heeft naar aanleiding van dit plan. Heeft u opmerkingen over de opzet of inhoud van pgb-plan? Ook dit kunt u hier kwijt.

Ondertekening

Met de ondertekening van dit pgb-plan gaat u akkoord met de voorwaarden, verplichtingen en kwaliteitseisen zoals die door de gemeente Oude IJsselstreek zijn gesteld.

Daarnaast geeft u hiermee aan het pgb-plan naar waarheid en zo volledig mogelijk te hebben ingevuld.

Handtekening Cliënt:

Handtekening Vertegenwoordiger:
(indien van toepassing)

Datum & Plaats:

Datum & Plaats:

Handtekening Zorgverlener:

Datum & Plaats:

➤ *Maak een kopie van het ingevulde plan voor uw eigen administratie*

Stuur dan uw volledig ingevulde en ondertekende pgb-plan en eventuele andere documenten naar:

Gemeente Oude IJsselstreek
Staringstraat 25

7081 BN Gendringen

Disclaimer: aan dit formulier kunt u geen toekenningsrechten ontleen.

Controle pgb-plan door medewerker gemeente Oude IJsselstreek

Datum bespreken / beoordeling pgb-plan:

Naam medewerker:

Opmerkingen / aanvullingen:

Bijlage 3. Maatwerkvoorzieningen onder Wmo of Wlz in 2019

	Wlz	Wmo 2015
Wlz thuiswonend (Pgb, VPT of MPT)	Hulp bij het huishouden Begeleiding Logeeropvang (1)	Regiotaxi Rolstoel Vervoermiddelen (2) Woningaanpassing Woonvoorz./hulpmiddel (3)
Wlz intramuraal zonder behandeling	Hulp bij het huishouden Woonvoorz./hulpmiddel (3) Begeleiding	Regiotaxi (sociaal vervoer) als het een algemene voorziening is (4) Rolstoel (5) Vervoermiddelen (2) Bezoekbaar maken van de woning (6)
Wlz intramuraal met behandeling	Hulp bij het huishouden Woonvoorz./hulpmiddel (3) Begeleiding Rolstoel	Regiotaxi (sociaal vervoer) als het een algemene voorziening is (4) Vervoermiddelen (2) Bezoekbaar maken van de woning (6)

(1) Voor thuiswonende cliënten met een Wlz-indicatie is vanuit Wlz logeeropvang mogelijk. Een cliënt met een Wlz-indicatie kan geen beroep doen op Kortdurend Verblijf (respijtzorg) vanuit de Wmo.

(2) Denk aan b.v. scootmobiel, aangepaste fiets, etc.

(3) Denk aan bv. douche- / toiletstoel, tillift, drempelhulpen, etc.

(4) Cliënten met een Wlz-indicatie, die in een instelling wonen, kunnen aanspraak maken op een maatwerkvoorziening in de vorm van collectief vervoer (ZOOV).

(5) Een (aangepaste) rolstoel voor *individueel* gebruik voor cliënten zonder behandeling in een Wlz-intramurale setting is voor de Wmo. Rolstoelen voor algemeen en incidenteel gebruik (door meerdere cliënten) vallen onder de inventaris van de Wlz-instelling.

(6) Het bezoekbaar maken van een woning valt onder de Wmo als een cliënt in een intramurale setting *binnen* de gemeente woont. Als een cliënt in een intramurale setting *buiten* de gemeente woont, heeft de gemeente geen verplichting tot het verlenen van een maatwerkvoorziening voor het bezoekbaar maken van een, in de gemeente gelegen, woning, behalve als hiervoor in het gemeentelijk beleid een uitzondering is gemaakt (bovenwettelijk begunstigend beleid). In dat geval moet de gemeente zich aan het eigen beleid houden.