ZORG KANTOOR
Zorg en Zekerheid

Zorgbeschrijving bij zorgovereenkomst

Naam budgethouder:	
Burgerservicenummer (BSN) budgethouder:	
Geboortedatum budgethouder:	DAG DAG - MAAND MAAND - JAAR JAAR JAAR JAAR
Telefoonnummer (mobiel) budgethouder:	
Bedrijfsnaam / Naam zorgverlener:	
BSN of KVK-nummer zorgverlener:	

Onderdeel 1

Wat komt de zorgverlener doen en hoe vaak?

Beschrijf alleen de zorgactiviteiten die u inkoopt vanuit het PGB. Wat doet de zorgverlener en wanneer (kan per dag / week of incidenteel)

Zorgbeschrijving bij zorgovereenkomst

Onderdeel 2

Waarom is deze zorg bij u nodig?

Beschrijf waarom u hulp nodig heeft. Beschrijf wat er gebeurt als u geen zorg krijgt

Bijgevoegde bijlage(n), bijv. zorg- of begeleidingsplan:

Ondertekening

Wij verklaren dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Datum: DAG DD - MAAND MM - JAAR JJJJ

Naam budgethouder of wettelijk vertegenwoordiger (onderdeel 1 & 2)

Handtekening

Naam zorgverlener (onderdeel 1)

Handtekening

Stuur het volledig ingevulde en ondertekende formulier naar Zorg en Zekerheid Zorgkantoor, Postbus 400, 2300 AK Leiden
Let op: Controleer of u alles en volledig heeft ingevuld en de gevraagde kopieën heeft bijgevoegd. Als het formulier niet ondertekend is door de budgethouder of wettelijke vertegenwoordiger wordt het formulier niet verder in behandeling genomen.