

Aanvraag AWBZ-zorg



Waarom dit formulier?

Heeft u zorg nodig? Dan kunt u een beroep doen op zorg die wordt betaald uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) beoordeelt of u recht heeft op AWBZ-zorg. Dit onderzoek heet **indicatiestelling**. Het invullen van dit formulier is de eerste stap van het onderzoek.

We willen graag een goed beeld krijgen van uw situatie. Daarom stellen we u op dit formulier veel vragen. Zo vragen we u naar uw ziekte, aandoening of klacht. Het kan zijn dat we u bellen om nog meer vragen te stellen. Of we maken een afspraak om langs te komen. Ook willen we weten of u nu al hulp krijgt van familie, burens of anderen. Dit is belangrijk voor de indicatie.

Wat gebeurt er verder?

Na het onderzoek krijgt u van ons een brief. Daarin staat of u recht heeft op AWBZ-zorg. Deze brief noemen we het **indicatiebesluit**. U ontvangt deze brief binnen zes weken nadat we uw formulier hebben gekregen.

Wie regelt uw zorg?

Het CIZ regelt niet zelf de zorg. We kijken alleen of u in aanmerking komt voor AWBZ-zorg. Als dit zo is, sturen we het indicatiebesluit ook naar een zorgkantoor bij u in de buurt. Het zorgkantoor regelt dat een zorgverlener de juiste zorg aan u levert. U kunt zelf ook zorg 'inkopen' bij een zorgverlener. Dan kiest u bij vraag 9 voor een **Persoonsgebonden budget (PGB)**. Meer informatie hierover vindt u op www.pgb.nl.

Wat valt onder AWBZ-zorg?

Persoonlijke verzorging Bijvoorbeeld hulp bij het douchen, aankleden, scheren, pillen innemen, ogen druppelen of naar de wc gaan.

Verpleging Medische hulp, zoals wondverzorging en injecties, of hulp bij zelf leren injecteren.

Begeleiding Hulp bij het organiseren van praktische zaken in uw dagelijks leven.

Verblijf in een instelling Bijvoorbeeld een verpleeg- of verzorgingshuis.

Behandeling Herstel of verbetering van uw aandoening. Verbeteren van uw vaardigheden of gedrag. Twee voorbeelden. Opnieuw leren lopen na een hersenbloeding. Leren omgaan met woedeaanvallen.

Als u dit formulier voor iemand anders invult

Heeft u toestemming om dit formulier voor iemand anders in te vullen? U bent dan "gemachtigd". Vul bij vraag 1 de gegevens in van degene die zorg nodig heeft. Onderteken zelf bij vraag 12b.

Meer informatie?

Als u vragen heeft, kunt u altijd terecht bij het **CIZ-kantoor bij u in de buurt**. Het telefoonnummer vindt u in de telefoongids of op www.ciz.nl. Op die website vindt u ook meer informatie over de AWBZ en het CIZ.

1. Uw persoonlijke gegevens

Het gaat hier om degene die zorg nodig heeft.

Voorletters	Achternaam	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Meisjesnaam (Invullen als u de naam van uw partner gebruikt)	
	<input type="text"/>	
Geboortedatum	Burgerservicenummer	
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	
Nationaliteit	<input type="checkbox"/> Nederlandse <input type="checkbox"/> Anders, namelijk	
	<input type="text"/>	
	Verblijfsstatus <input type="checkbox"/> Werkvergunning <input type="checkbox"/> Tijdelijk <input type="checkbox"/> Gedoog <input type="checkbox"/> Permanent	

► Uw burgerservicenummer is meestal uw oude sofinummer. U vindt dit nummer op uw paspoort, rijbewijs of ander identiteitsbewijs.

1a. Uw woonadres

Straat

Huisnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Postcode

Plaats

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Telefoonnummer

Mobiel telefoonnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

1b. Uw tijdelijk verblijfadres

Alleen invullen indien van toepassing. Vermeld adres, postcode, woonplaats en telefoonnummer. Verblijft u tijdelijk in een zorginstelling? Vermeld dan ook de naam van de instelling, uw afdeling en kamernummer.

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

1c. Uw postadres

Op welk adres wilt u post van ons ontvangen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Woonadres | <input type="checkbox"/> Contactpersoon 1 (zie vraag 5) |
| <input type="checkbox"/> Tijdelijk verblijfadres | <input type="checkbox"/> Contactpersoon 2 (zie vraag 5) |
| <input type="checkbox"/> Wettelijk vertegenwoordiger (zie vraag 3) | <input type="checkbox"/> Anders ► vul hieronder in |

Straat

Huisnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Postcode

Plaats

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

1d. Uw burgerlijke staat

Niet invullen als u AWBZ-zorg aanvraagt voor uw kind.

Heeft u een partner?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ja, ik ben getrouwd | <input type="checkbox"/> Nee, ik ben weduwe/weduwenaar ► ga naar vraag 3 |
| <input type="checkbox"/> Ja, ik ben geregistreerd partner | <input type="checkbox"/> Nee, ik ben gescheiden ► ga naar vraag 3 |
| <input type="checkbox"/> Ja, ik woon samen | <input type="checkbox"/> Nee, ik ben alleenstaand ► ga naar vraag 3 |

2. Uw partner

Voorletters

Achternaam

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw
----------------------	----------------------	------------------------------	--------------------------------

Geboortedatum

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Woont uw partner op hetzelfde adres als u?

- Ja Nee

3. Wettelijk vertegenwoordiger

Bij minderjarige kinderen gaat het hier om de ouders of een voogd. In andere gevallen is een wettelijk vertegenwoordiger door de rechter aangewezen.

Heeft u een wettelijk vertegenwoordiger? Nee ► *ga naar vraag 4*
 Ja ► *vul hieronder in*

Voorletters Achternaam

Wat is de wettelijk vertegenwoordiger van u?
 Curator Bewindvoerder Ouder met ouderlijk gezag
 Voogd Mentor Anders, nl

Straat Huisnummer

Postcode Plaats

Telefoonnummer

4. Huisgenoten

U hoeft hier niet uw partner te vermelden. (Staat al bij vraag 2.)
Meer huisgenoten? Vermeld de rest bij vraag 11 (Bijzonderheden).

Wonen er nog andere mensen bij u in huis? Nee ► *ga naar vraag 5*
 Ja ► *vul hieronder in*

4a. Huisgenoot 1

Voorletters Achternaam

Geboortedatum - -

Wat is de huisgenoot van u?
 Zoon Dochter Vader Moeder Anders, nl

4b. Huisgenoot 2

Voorletters Achternaam

Geboortedatum - -

Wat is de huisgenoot van u?
 Zoon Dochter Vader Moeder Anders, nl

5. Contactpersonen

Een contactpersoon is iemand die wij kunnen benaderen als we u niet kunnen bereiken.
Deze persoon moet dus op de hoogte zijn van uw situatie.
U hoeft hier niet uw partner te vermelden. (Staat al bij vraag 2.)

5a. Contactpersoon 1

Voorletters	Achternaam				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Wat is de contactpersoon van u?					
<input type="checkbox"/> Zoon	<input type="checkbox"/> Dochter	<input type="checkbox"/> Vader	<input type="checkbox"/> Moeder	<input type="checkbox"/> Anders, nl	<input type="text"/>
Straat			Huisnummer		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Postcode		Plaats			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Telefoonnummer			Mobiel telefoonnummer		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		

5b. Contactpersoon 2

Voorletters	Achternaam				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Wat is de contactpersoon van u?					
<input type="checkbox"/> Zoon	<input type="checkbox"/> Dochter	<input type="checkbox"/> Vader	<input type="checkbox"/> Moeder	<input type="checkbox"/> Anders, nl	<input type="text"/>
Straat			Huisnummer		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Postcode		Plaats			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Telefoonnummer			Mobiel telefoonnummer		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		

6. Uw zorgverzekeraar

Naam verzekeraar	Polisnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. Uw huisarts

Voorletters	Achternaam	Telefoonnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straat		Huisnummer
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Postcode		Plaats
<input type="text"/>		<input type="text"/>

9b. Hoe lang denkt u de zorg nodig te hebben?

- Minder dan 3 maanden
 tussen 3 en 6 maanden
 tussen 6 maanden en 1 jaar
 Langer dan 1 jaar
 Ik weet het niet

9c. Hoe wilt u uw zorg regelen?

Er zijn twee mogelijkheden.

- Ik regel de zorg zelf (persoonsgebonden budget) ► *ga naar vraag 10*
 Ik wil dat het zorgkantoor mijn zorg regelt (zorg in natura) ► *vul hieronder in*

► *Meer informatie hierover vindt u op www.pgb.nl.*

► *Als u wilt, kunt u hier twee instellingen of zorgaanbieders noemen die uw voorkeur hebben.*

Van welke instelling(en)/zorgaanbieder(s) wilt u de zorg ontvangen?

Naam

Plaats

Naam

Plaats

10. Hulp van anderen

10a. Ontvangt u nu al hulp van anderen (mantelzorgers)?

- Nee
 Ja, maar niet bij alles
 Ja, bij alles

► *Mantelzorgers zijn mensen uit uw omgeving die u regelmatig en vrijwillig helpen, bijvoorbeeld uw kinderen, burens of vrienden.*

10b. Verwacht u binnenkort een verandering in deze hulp?

- Nee ► *ga naar vraag 11*
 Ja, want

11. Bijzonderheden

Wilt u nog iets zeggen dat u niet op het formulier heeft kunnen invullen? U kunt deze ruimte ook gebruiken voor extra toelichting.

12. Ondertekening

Geeft u uw huisarts toestemming om uw (medische) gegevens aan ons te geven, als dat nodig is voor het onderzoek? Ja Nee

Als u andere behandelaar(s) heeft: geeft u uw behandelaar(s) toestemming om uw (medische) gegevens aan ons te geven, als dat nodig is voor het onderzoek? Ja Nee

Als u nu al zorg krijgt van mensen of organisaties: geeft u deze mensen of organisaties toestemming om (medische) gegevens aan ons te geven, als dat nodig is voor het onderzoek? Ja Nee

Als u al eerder een aanvraag heeft gedaan voor AWBZ- of Wmo-zorg, dan hebben wij al gegevens van u vastgelegd. Geeft u ons toestemming om deze gegevens te gebruiken, als dat nodig is voor het onderzoek? Ja Nee

12a. Uw ondertekening

Door te ondertekenen, verklaart u dat u het formulier naar waarheid heeft ingevuld.

Datum	Handtekening
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaats	
<input type="text"/>	

12b. Ondertekening door gemachtigde

Door te ondertekenen, verklaart u dat u het formulier naar waarheid heeft ingevuld.

Voorletters	Achternaam
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Telefoonnummer

Wat bent u van de zorgvrager?

- Partner Zorgaanbieder Contactpersoon 1 Contactpersoon 2
 Anders, namelijk

Waarom is dit formulier niet ondertekend door de zorgvrager?

Heeft u deze aanvraag besproken met de zorgvrager?

- Ja
 Nee, omdat

Datum	Handtekening
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaats	
<input type="text"/>	

WWW.CIZ.NL