

# Machtiging

voor het indienen van een aanvraag voor langdurige zorg (Wlz) of voor de artikel 60-toets (Wet Bopz)

## Wilt u een aanvraag indienen voor langdurige zorg (Wlz)? Of voor een artikel 60-toets (Bopz)?

Met dit formulier machtigt u eenmalig iemand anders om de aanvraag voor u te doen en te ondertekenen. En om de (medische) gegevens die nodig zijn voor de aanvraag, aan het CIZ te verstrekken. De gemachtigde stuurt dit formulier samen met de Wlz- en/of Bopz-aanvraag binnen 28 dagen

na het ondertekenen van dit formulier op. Het is belangrijk dat u de aanvraag doorspreekt met degene die u machtigt, voordat deze wordt ingediend. Zorg dat uzelf of uw wettelijk vertegenwoordiger dit formulier ondertekent.

### Meer informatie?

Kijk dan op [www.ciz.nl](http://www.ciz.nl) of bel ons op telefoonnummer 088 - 789 10 00.

## 1. Gegevens van de aanvraag

Voor welke aanvraag is deze machtiging bedoeld? U kunt meerdere opties aanvinken.

- Langdurige zorg (Wlz)  
 Artikel 60-toets (Bopz)

## 2. Gegevens van de zorgvrager

Het gaat hier om degene die zorg nodig heeft.

Voorletters	Achternaam		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw
Geboortedatum	Burgerservicenummer (BSN)		
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>		
Telefoonnummer	Eventueel tweede telefoonnummer		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

► Het invullen van uw burgerservicenummer is verplicht. U vindt dit nummer op uw paspoort, rijbewijs of ander identiteitsbewijs.

## 3. Gegevens van de gemachtigde

- Ik machtig een persoon ► [vul vraag 3a in](#)  
 Ik machtig een organisatie ► [vul vraag 3b in](#)

### 3a. Gemachtigde persoon

Voorletters	Achternaam		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw
Straat	Huisnummer		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Postcode	Plaats		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Land	<input type="checkbox"/> Nederland <input type="checkbox"/> Anders, nl	<input type="text"/>	
Telefoonnummer	Eventueel tweede telefoonnummer		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Relatie tot de verzekerde	<input type="text"/>		

### 3b. Gemachtigde organisatie

Naam organisatie

Straat

Huisnummer

Postcode

Plaats

Land  Nederland  Anders, nl

Contactpersoon van de organisatie

Voorletters

Achternaam

Man

Vrouw

Telefoonnummer

E-mailadres

### 4. Wettelijk vertegenwoordiger

**Bij minderjarige kinderen gaat het hier om de ouders of voogd met gezag. In andere gevallen is een wettelijk vertegenwoordiger door de rechter aangewezen of (notarieel) gemachtigd.**

Bent u een wettelijk vertegenwoordiger en machtigt u iemand anders om de aanvraag in te dienen?

Nee ► [ga naar vraag 5](#)

Ja ► [vul hieronder uw gegevens in](#)

Voorletters

Achternaam

Man

Vrouw

Wat is uw relatie tot de verzekerde?

Curator

Ouder met ouderlijk gezag

Voogd met gezag

Andere wettelijk vertegenwoordiger, nl

Mentor

Bent u niet de vader of moeder van de verzekerde?

Stuur dan een bewijs mee dat u wettelijk vertegenwoordiger bent.

**Ja**, ik stuur een bewijs mee dat ik wettelijk vertegenwoordiger ben.

### 5. Ondertekening

**Hierbij machtig ik de persoon of organisatie genoemd bij vraag 3 om een aanvraag voor langdurige zorg (Wlz) en/of voor de artikel 60-toets (Wet Bopz) in te dienen.**

**Ja**, ik stuur het Wlz- en/of Bopz-aanvraagformulier mee (verplicht).

Datum

Handtekening

Plaats

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

We nemen alleen ondertekende formulieren in behandeling.

Stuur het ingevulde  
formulier terug naar:

**CIZ**  
Postbus 2690  
3500 GR Utrecht

Fax: 088 - 789 10 11

**WWW.CIZ.NL**