

# BUDGETPLAN



## Persoonsgebonden budget Wmo / Jeugd

U wilt bij de gemeente Buren een persoonsgebonden budget (pgb) aanvragen waarmee u zelf ondersteuning of jeugdhulp kunt inkopen. Of u wilt zelf een hulpmiddel kopen. Als onderdeel van die aanvraag moet u een volledig ingevuld Budgetplan meesturen. Met dit plan laat u de gemeente zien dat u al heeft nagedacht over de manier waarop u het budget wilt gaan besteden. Heeft u te weinig ruimte voor uw antwoorden? Stuur dan een bijlage mee, met daarop de gegevens zoals onder 1. gevraagd.

Het plan wordt met u besproken om te kunnen beoordelen of u voor een pgb in aanmerking komt en wat de hoogte van het pgb wordt.

**A** Personalia

**B** Zorgbehoefte

**C** Budgetplan

**D** Ondertekening

### 1 Persoonlijke gegevens budgethouder

Achternaam en voorletters<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

BSN \_\_\_\_\_

### 2 Gegevens wettelijk vertegenwoordiger budgethouder (indien anders dan 1)

Achternaam en voorletters \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

BSN \_\_\_\_\_

Telefoon \_\_\_\_\_

E-mailadres \_\_\_\_\_

Soort relatie met budgethouder  ouder  voogd  bewindvoerder

curator  mentor

<sup>1</sup> Vul hier de gegevens in van de persoon voor wie de ondersteuning ingezet moet worden

# BUDGETPLAN



## 3 Machtiging

Heeft u iemand anders dan uw wettelijk vertegenwoordiger gemachtigd voor aanvraag en beheer van het pgb?

- Ja, ga door naar vraag 4
- Nee, ga door naar vraag 5

## 4 Gegevens gemachtigde budgetbeheerder (indien anders dan 1 of 2)

Achternaam en voorletters \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

BSN \_\_\_\_\_

Telefoon \_\_\_\_\_

E-mailadres \_\_\_\_\_

Soort relatie met budgethouder \_\_\_\_\_

Ik ben ook budgethouder voor een ander gezinslid met BSN \_\_\_\_\_

Heeft uw budgetbeheerder een VOG<sup>2</sup> financiële dienstverlening overlegd?  Ja  Nee

<sup>2</sup> Verklaring Omtrent Gedrag

# BUDGETPLAN



A Personalia

B Zorgbehoefte

C Budgetplan

D Ondertekening

## 5 Indicatie/toeleiding

Ik heb een positief besluit<sup>3</sup> voor de volgende soort voorziening(en)

Wmo

- nee / nog niet
- huishoudelijke ondersteuning
- Ondersteuning, in het bijzonder:
  - individuele begeleiding
  - groepsbegeleiding zonder / met vervoer
  - beschermd wonen
  - logeervervoering
  - een eenmalige voorziening (bijvoorbeeld een rolstoel, scootmobiel, traplift)

Jeugdhulp

- nee / nog niet
- jeugdhulp met verblijf
- jeugdhulp zonder verblijf:
  - persoonlijke verzorging
  - Begeleiding individueel
  - Begeleiding groep
  - Vervoer
  - Kortdurend verblijf (logeren)
- Basis J-GGZ
- Specialistische J-GGZ
- Specialistische ambulante begeleiding

Ik verwacht de voorziening nodig te hebben voor

\_\_\_\_\_ maanden

Onbepaalde tijdsduur

## 6 Geef een beschrijving en de omvang per voorziening die u wilt gaan inkopen met het pgb

---

---

---

---

<sup>3</sup> Stuur een kopie van het besluit mee, bijvoorbeeld de verwijzing door de huisarts

# BUDGETPLAN



7 Geef aan welk resultaat u per voorziening gaat bereiken: wat lost de voorziening op

---

---

---

---

8 Zorgaanbod

Bent u op de hoogte van  Ja  Nee  
door de gemeente  
gecontracteerd zorgaanbod  
voor de voorziening  
waarvoor u een pgb  
aanvraagt?

Wmo:  
Waarom geeft u voorkeur aan een pgb boven dit gecontracteerde aanbod?

---

---

---

Jeugdhulp:  
Waarom vindt u het bestaande aanbod, dat door de gemeente gecontracteerd is, niet passend?

---

---

---

# BUDGETPLAN



A Personalia

B Zorgbehoefte

C Budgetplan

D Ondertekening

9 Dit zijn de zorgverlener(s) bij wie ik de ondersteuning / hulpmiddel wil gaan inkopen

Neem de soort voorziening(en) over die u bij vraag 5 gekozen heeft.

KvK: Vul voor een professionele zorgverlener het nummer van de Kamer van Koophandel (KvK) in.

Vul voor een niet-professionele zorgverlener uit uw sociale netwerk zijn/haar BSN-nummer in.

<b>A</b>	Soort voorziening	_____	Naam zorgverlener	_____
	Plaats	_____	Nummer KvK	_____
			BSN	_____
<b>B</b>	Soort voorziening	_____	Naam zorgverlener	_____
	Plaats	_____	Nummer KvK	_____
			BSN	_____
<b>C</b>	Soort voorziening	_____	Naam zorgverlener	_____
	Plaats	_____	Nummer KvK	_____
			BSN	_____
<b>D</b>	Soort voorziening	_____	Naam zorgverlener	_____
	Plaats	_____	Nummer KvK	_____
			BSN	_____

NB: Dit mag geen zorginstelling zijn die via de gemeente gecontracteerd is en de zorg die u aanvraagt ook in natura aanbiedt

NB: Dit kan geen bemiddelingskantoor zijn.

# BUDGETPLAN



## 10 Dit zijn de bedragen die ik per voorziening wil gaan besteden

Neem de soort voorziening(en) over die u onder vraag 9 vermeldt. Vul minimaal één van de onderstaande kosten in: eenheid, week, maand of jaar!

Soort voorziening	Tarief eenheid <sup>4</sup>	Kosten per week <sup>5</sup>	Kosten per maand <sup>6</sup>	Kosten per jaar <sup>7</sup>
A _____	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
B _____	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
C _____	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
D _____	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____

NB: de gemeente vergoedt een vastgesteld maximum tarief. Bij een hoger bedrag moet u het hogere zelf betalen.

## 11 Op deze manier ga ik het pgb op een verantwoorde manier uitvoeren

Aan een pgb zitten een aantal taken vast, zoals het maken van afspraken met uw hulpverlener, het controleren van facturen, het bijhouden van de administratie e.d. Beschrijf hier hoe u dit gaat organiseren, bijvoorbeeld of u dit zelf doet of iemand anders laat doen.

---

---

---

---

<sup>4</sup> Dit is het brutobedrag dat u afsprekt met uw zorgverlener. Geeft de eenheid van het tarief aan: per uur/dagdeel/etmaal/jaar. Voor een eenmalige voorziening vult u hier het offertebedrag in. Stuur een kopie van een behandelplan, en/of de offerte mee.

<sup>5</sup> Vul de kosten per week in. Kan dat niet, vul dan de maandkosten in. De kosten per week: het aantal eenheden per week x het tarief van die eenheid.

<sup>6</sup> De kosten per maand: het aantal eenheden per maand x het tarief van die eenheid.

<sup>7</sup> Het jaartarief: het weektarief x 52 of het maandtarief x 12.

# BUDGETPLAN



A Personalia

B Zorgbehoefte

C Budgetplan

D Ondertekening

## 12 ondertekening

Achternaam en voorletters \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Plaats \_\_\_\_\_

- Ondertekend door budgethouder (16+)
- Ondertekend door wettelijk vertegenwoordiger of gemachtigde budgetbeheerder
- Ik ben geïnformeerd over de rechten en plichten van het pgb
- Ik verklaar dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld

Handtekening \_\_\_\_\_

De volgende documenten zijn bijgevoegd:

- Verwijzing huisarts
- Besluit gemeente
- Offerte
- Behandelplan
- ...

Dit formulier en indien van toepassing een kopie van gevraagde documenten stuurt u op naar:

Stib  
Postbus 23  
4020 BA MAURIK

Een niet volledig ingevuld en ondertekend budgetplan nemen wij niet in behandeling en sturen wij aan u terug.