

# 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, maar ook voor het Mantelzorgcompliment. Dat is een bedrag dat een groep mantelzorgers krijgt als blijk van waardering voor zorg die zij aan iemand geven.

## 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](http://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.

**Ondersteunende begeleiding** Hulp bij het organiseren van praktische zaken in uw dagelijks leven.

**Activerende begeleiding** Hulp bij het leren omgaan met uw handicap of aandoening. Bijvoorbeeld gesprekken of therapie.

**Verblijf in een instelling** Bijvoorbeeld een verpleeg- of verzorgingshuis.

**Behandeling** Voorkomen dat uw aandoening of handicap erger wordt. Denk aan begeleiding vanuit een verpleeghuis.

## 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](http://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"/>	
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"/>	

## 1d. Uw burgerlijke staat

Heeft u een partner?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, ik ben getrouwd              | <input type="checkbox"/> Nee, ik ben weduwe/weduwnaar ► 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="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geboortedatum		
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Woont uw partner op hetzelfde adres als u? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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

Wat is de contactpersoon van u?

Zoon  Dochter  Vader  Moeder  Anders, nl

Straat

Huisnummer

Postcode

Plaats

Telefoonnummer

Mobiel telefoonnummer

### 5b. Contactpersoon 2

Voorletters

Achternaam

Wat is de contactpersoon van u?

Zoon  Dochter  Vader  Moeder  Anders, nl

Straat

Huisnummer

Postcode

Plaats

Telefoonnummer

Mobiel telefoonnummer

## 6. Uw zorgverzekeraar

Welke zorgverzekering heeft u?

Naam verzekeraar

Polisnummer

## 7. Uw huisarts

Voorletters

Achternaam

Plaats



## 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](http://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 ► *ga naar vraag 10b*  
 Ja ► *vul hieronder in*

► *Wij hebben deze informatie nodig om te bepalen hoeveel zorg u nodig heeft. Ook geven we het aantal uren door aan de Sociale Verzekeringsbank (de SVB). Zij beoordelen of iemand van wie u hulp krijgt, in aanmerking komt voor het Mantelzorgcompliment. Voor meer informatie over het Mantelzorgcompliment neemt u contact op met de SVB, op telefoonnummer (030) - 264 84 44.*

**Huisgenoten**

**Familie, burens,  
vrienden, etc.**

**Hulp bij persoonlijke verzorging**

uur per week

uur per week

**Hulp bij verpleging**

uur per week

uur per week

**Ondersteunende begeleiding**

uur per week

uur per week

**Toezicht of aanwezigheid**

uur per week

uur per week

**Met welke mantelzorger mogen wij contact opnemen voor meer informatie?**

**Naam**

**Telefoonnummer**

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

- Nee ► *ga naar vraag 11*  
 Ja, want



## 12. Ondertekening

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

Geeft u mensen of instellingen van wie u nu zorg krijgt, toestemming om informatie aan ons te geven, als dat nodig is voor het onderzoek? Wij kunnen bijvoorbeeld vragen welke zorg u nu heeft.  Ja  Nee

Het CIZ verzamelt gegevens die van belang zijn voor het beoordelen van uw aanvraag. Als u een indicatie krijgt voor zorg, stuurt het CIZ deze gegevens door naar het zorgkantoor in uw regio.

Heeft u dit formulier naar waarheid ingevuld?  Ja  Nee

### 12a. Uw ondertekening

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

### 12b. Ondertekening door gemachtigde

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

Telefoonnummer

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

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