

Heeft u langdurige zorg nodig? Dan kunt u misschien uw zorg vergoed krijgen volgens de Wet langdurige zorg (Wlz). Als u dit formulier invult, dan kunnen we beoordelen of u daar recht op heeft.

Welke zorg valt onder de Wlz?

Verblijf in een instelling U verblijft in een instelling als u 24 uur per dag zorg dichtbij moet hebben. Of als er permanent toezicht nodig is. Een instelling is bijvoorbeeld een verpleeg- of verzorgingshuis of een woonvorm voor gehandicapten.

Behandeling Gericht op herstel of verbetering van uw aandoening, of het verbeteren van uw vaardigheden of gedrag. Bijvoorbeeld leren omgaan met woedeaanvallen of het voorkomen van complicaties bij complexe problematiek.

Langdurige zorg aanvragen

Voordat u het formulier invult, wijzen wij u graag op het recht op cliëntondersteuning vanuit uw gemeente. Uw gemeente helpt u graag met informatie, advies en algemene hulp die bijdraagt aan het versterken van uw zelfredzaamheid en participatie.

Heeft u genoeg informatie? Dan kunt u het formulier invullen. Met het formulier krijgen we een goed beeld van uw situatie. Zo vragen we naar uw ziekte, aandoening of klacht. Ook willen we weten of u nu al hulp krijgt van familie, burens of anderen. Dit is belangrijk om een beeld te krijgen van uw zorgsituatie. Wij kunnen alleen complete aanvragen in behandeling nemen.

Bent u gemachtigd?

Vult u dit formulier voor iemand anders in? Dan heeft u een schriftelijke toestemming (machtiging) nodig. Als dat om gezondheidsredenen niet mogelijk is, geef dit dan aan bij vraag 14. Stuur de ondertekende machtiging mee met de aanvraag. Vul bij vraag 1 de gegevens in van degene die zorg nodig heeft. U ondertekent de aanvraag zelf bij vraag 14b.

Van aanvraag tot besluit

Een van onze medewerkers neemt uw aanvraag in behandeling. Die medewerker is uw contactpersoon bij het CIZ. Hebben we meer informatie nodig over uw situatie? Dan vraagt hij of zij dit telefonisch of schriftelijk op. Of de medewerker maakt een afspraak met u voor een gesprek op ons spreekuur of bij u thuis.

Als we alle informatie hebben, dan behandelen we uw aanvraag. Daarna bepalen we of u recht heeft op langdurige zorg. Dit besluit ontvangt u per brief, in principe binnen zes weken nadat wij uw aanvraagformulier ontvangen. Als u toegang heeft tot de Wlz ontvangt het zorgkantoor hierover van ons bericht.

Meer informatie?

Wilt u meer informatie? Kijk op ciz.nl of bel ons op telefoonnummer 088-7891000. Vanuit het buitenland belt u 0031-88-7891000.

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"/>		
Roepnaam (als u de aanvraag doet voor een kind)	Meisjesnaam (als u uw partners naam gebruikt)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Geboortedatum	Burgerservicenummer (BSN)		
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>		
Verblijfsstatus (alleen invullen als u niet de Nederlandse nationaliteit heeft)			
<input type="checkbox"/> Werkvergunning <input type="checkbox"/> Tijdelijk <input type="checkbox"/> Gedoog <input type="checkbox"/> Permanent			

Het invullen van uw burgerservicenummer is verplicht. U vindt dit nummer op uw paspoort, rijbewijs of ander identiteitsbewijs. Kunt u het nummer niet invullen? Vermeldt u dan de reden hiervoor bij vraag 12.

1a. Uw woonadres

Straat

Huisnummer

Postcode

Plaats

Land Nederland Anders, nl

Telefoonnummer (verplicht)

1b. Uw tijdelijk verblijfadres

Alleen invullen indien van toepassing.

Verwachte datum van ontslag uit het ziekenhuis (als dit bekend is)

 - -

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

1c. Uw postadres

Op welk adres wilt u post van ons ontvangen? *Eén keuze mogelijk.*

- Woonadres Contactpersoon 1 (zie vraag 5)
 Tijdelijk verblijfadres Contactpersoon 2 (zie vraag 5)
 Wettelijk vertegenwoordiger (zie vraag 3) Anders ► vul hieronder in

Straat

Huisnummer

Postcode

Plaats

Land Nederland Anders, nl

1d. Uw burgerlijke staat

Niet invullen als u langdurige zorg (Wlz) aanvraagt voor uw kind.

Heeft u een partner?

- Ja, ik ben getrouwd Nee, ik ben weduwe/weduwenaar ► ga naar vraag 3
 Ja, ik ben geregistreerd partner Nee, ik ben gescheiden ► ga naar vraag 3
 Ja, ik woon samen Nee, ik ben alleenstaand ► ga naar vraag 3

2. Uw partner

Voorletters

Achternaam

Man Vrouw

Geboortedatum

 - -

Telefoonnummer (verplicht)

Woont uw partner op hetzelfde adres als u?

Ja Nee

3. Uw wettelijk vertegenwoordiger

Bij minderjarige kinderen gaat het hier om de ouders of 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

Man Vrouw

Wat is de wettelijk vertegenwoordiger van u?

Curator

Ouder met ouderlijk gezag

Voogd

Mentor

Anders, nl

3a. Adres van de wettelijk vertegenwoordiger

Straat

Huisnummer

Postcode

Plaats

Land Nederland Anders, nl

Telefoonnummer (verplicht)

4. Uw huisgenoten

U hoeft hier niet uw partner te vermelden. (Staat al bij vraag 2.)
Meer huisgenoten? Vermeld deze bij vraag 12 (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 Broer Zus Anders, nl

4b. Huisgenoot 2

Voorletters

Achternaam

Geboortedatum

 - -

Wat is de huisgenoot van u?

Zoon Dochter Vader

Moeder Broer Zus Anders, nl

5. Uw contactpersonen

Een contactpersoon is iemand die wij pas zullen 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 Broer Zus Anders, nl

Straat

Huisnummer

Postcode

Plaats

Land Nederland Anders, nl

Telefoonnummer (verplicht)

5b. Contactpersoon 2

Voorletters

Achternaam

Wat is de contactpersoon van u?

Zoon Dochter Vader

Moeder Broer Zus

Anders, nl

Straat

Huisnummer

Postcode

Plaats

Land

Nederland

Anders, nl

Telefoonnummer (verplicht)

6. Uw zorgverzekeraar

Ik ben verzekerd in Nederland

Naam verzekeraar

Polisnummer

Ik ben verzekerd in het buitenland

Land

Ik ben niet verzekerd

Ik weet het niet

7. Uw huisarts

Voorletters

Achternaam

Telefoonnummer

Straat

Huisnummer

Postcode

Plaats

Land

Nederland

Anders, nl

8. Aanleiding voor uw vraag om zorg

Welke ziekte, aandoening of klacht heeft u?

► Vermeld indien mogelijk:
-de diagnose
-door wie de diagnose is gesteld
-de datum waarop de diagnose is gesteld

Welke problemen heeft u hierdoor?

Is er sprake van een verstandelijke handicap, vermeld dan het IQ volgens de meest actuele test en het jaar waarin deze test heeft plaatsgevonden.

9. Langdurige zorg

Ontvangt u op dit moment langdurige zorg op basis van de Wet langdurige zorg?

Nee ► ga naar vraag 10

Ja

Vanaf welke datum ontvangt u langdurige zorg?

	-		-				
--	---	--	---	--	--	--	--

10. Gewenste zorg

10a. Welke zorg heeft u nodig?

Verblijf in een instelling

Bijvoorbeeld een verpleeg- of verzorgingshuis of een instelling voor mensen met een beperking.

Behandeling

Herstel of verbetering van uw aandoening. Verbeteren van uw vaardigheden of gedrag.

10b. Hoe wilt u deze zorg geregeld hebben?

Ik wil dat het zorgkantoor mijn zorg regelt (zorg in natura)

door verblijf in een instelling

door de zorg thuis te ontvangen

Ik wil de zorg zelf regelen met een Persoonsgebonden budget (Pgb)

► Het CIZ geeft uw voorkeur door aan het zorgkantoor. Als u niets invult, dan geeft het CIZ 'zorg in natura' door als uw voorkeur. Soms is een Pgb niet mogelijk. Het zorgkantoor beslist over het Pgb.

10c. Hoe lang denkt u de zorg nodig te hebben?

Minder dan 3 maanden

Langer dan 1 jaar

Tussen 3 en 6 maanden

Blijvend

Tussen 6 maanden en 1 jaar

Ik weet het niet

10d. Van welke instelling wilt u uw zorg ontvangen?

Van welke instelling of zorgaanbieder wilt u de zorg ontvangen?

Alleen Nederlandse instellingen mogelijk.

Naam

Plaats

► Als u wilt, kunt u hier de instelling of zorgaanbieder noemen die uw voorkeur heeft.

11. Hulp van anderen

11a. Ontvangt u nu al hulp van anderen?

- Nee
- Ja, namelijk

Bijvoorbeeld mensen uit uw omgeving die u regelmatig en vrijwillig helpen, zoals uw kinderen, buren of vrienden.

11b. Verwacht u binnenkort een verandering in deze hulp?

- Nee ► *ga naar vraag 12*
- Ja, want

12. Bijzonderheden

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

13. Documenten meesturen

Om uw aanvraag te kunnen behandelen moet deze compleet en ondertekend zijn. Vink aan welke documenten u meestuurt met de aanvraag, zodat u niets vergeet.

- Kopie identiteitsbewijs, bijvoorbeeld een identiteitskaart, rijbewijs of paspoort (verplicht)**
- De machtiging (verplicht als u iemand gemachtigd heeft om deze aanvraag te doen)**
- Een bewijs dat u de wettelijk vertegenwoordiger bent (verplicht indien van toepassing)**
- Kopieën van medische gegevens die belangrijk zijn voor uw aanvraag:**
 - Documenten waarin staat wat de diagnose is, door wie deze is gesteld en op welke datum (verplicht)
 - Documenten over het verloop van de ziekte of aandoening, de behandelingen en bijkomende problemen (verplicht)
 - Informatie over hoe lang en hoe vaak er naar verwachting zorg nodig is. Is er bijvoorbeeld blijvend zorg nodig? Moet er altijd zorg dichtbij zijn? Is er 24 uur per dag zorg nodig?
 - Informatie over hoe de ziekte of aandoening het functioneren van de cliënt beperkt
 - Informatie over het psychisch en sociaal functioneren van de cliënt, bijvoorbeeld over de mogelijkheden die de cliënt nog heeft

► Volgens de wet moet u alle informatie aanleveren die van belang is voor de beoordeling of sprake is van een artikel 60-opname. Als het CIZ niet voldoende informatie ontvangt, vraagt het CIZ deze alsnog op, wat de procedure kan vertragen en waardoor het langer kan duren voordat u een besluit van het CIZ krijgt. Het kan zelfs zo zijn, dat het CIZ uw aanvraag niet in behandeling kan nemen wanneer bepaalde informatie niet is ontvangen door het CIZ.

14. Ondertekening

Naam zorgvrager	Burgerservicenummer (BSN)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geeft u uw huisarts toestemming om uw (medische) gegevens aan ons te geven, als dat nodig is voor het onderzoek? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	

14a. Uw ondertekening

Heeft u alle verplichte vragen helemaal ingevuld? En stuurt u de verplichte documenten mee? Onderteken dan het formulier. Door te ondertekenen, verklaart u dat u het formulier naar waarheid heeft ingevuld. We nemen alleen ondertekende formulieren in behandeling.

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

14b. Ondertekening door gemachtigde of wettelijk vertegenwoordiger

Heeft u alle verplichte vragen helemaal ingevuld? En stuurt u de verplichte documenten mee? Onderteken dan het formulier. Door te ondertekenen, verklaart u dat u het formulier naar waarheid heeft ingevuld. We nemen alleen ondertekende formulieren in behandeling.

Voorletters	Achternaam
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefoonnummer	Burgerservicenummer (BSN)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wat bent u van de zorgvrager?	
<input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Zorgaanbieder <input type="checkbox"/> Contactpersoon <input type="checkbox"/> Wettelijk vertegenwoordiger	
<input type="checkbox"/> Anders, namelijk	
<input type="text"/>	
Heeft u deze aanvraag besproken met de zorgvrager?	
<input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> Nee, omdat	
<input type="text"/>	
Datum	Handtekening
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
Plaats	
<input type="text"/>	