



Vragenlijst familieverhouding

Verzoek tot beoordeling verzekeringsplicht

Met dit formulier beoordeelt de Belastingdienst of het familielid dat aan u zorg verleent verplicht verzekerd is voor de Ziektewet, de Werkloosheidswet en de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen.

1 Uw gegevens

U bent de budgethouder. De budgethouder is de persoon die zorg krijgt.

voorletters en achternaam

burgerservicenummer (BSN)

geboortedatum

dag-maand-jaar

man

vrouw

klantnummer

2 De zorgverlener

voorletters en achternaam

burgerservicenummer (BSN)

Wat is de familierelatie tussen
de budgethouder en de
zorgverlener

3 De vertegenwoordiger

Vul dit alleen in als u een vertegenwoordiger heeft.

voorletters en achternaam

geboortedatum

dag-maand-jaar

man

vrouw

Vul het adres van de vertegenwoordiger alleen in als dit anders is dan van de budgethouder.

straat en huisnummer

postcode en woonplaats

telefoon

mobiel

Wat is uw relatie met de vertegenwoordiger

ik ben jonger dan 18 jaar. De vertegenwoordiger is
 ouder voogd
 ik heb de vertegenwoordiger gemachtigd *De budgethouder en de gemachtigde moeten hun handtekening zetten bij de ondertekening.*
 De vertegenwoordiger is door de rechtbank benoemd tot
 bewindvoerder curator mentor
Stuur een kopie van de uitspraak van de rechtbank mee.

4 Werkzaamheden

Waaruit bestaan de werkzaamheden

Zijn er afspraken gemaakt over de werkzaamheden

ja, deze zijn schriftelijk vastgelegd mondeling gemaakt
 nee
Stuur een kopie mee als de afspraken schriftelijk zijn vastgelegd.

Aan welke voorschriften/afspraken moet de zorgverlener zich houden

Zijn hiervoor ook speciale vaardigheden vereist, bijvoorbeeld voor medische verzorging

nee
 ja

Heeft de zorgverlener deze vaardigheden

nee
 ja, dit blijkt uit de volgende ervaring/diploma's:

Controleert u of de kwaliteit en voortgang van de werkzaamheden naar uw wens is

nee
 ja, ik controleer het op de volgende manier:

Op welk adres worden de werkzaamheden verricht

straat en huisnummer
 postcode en plaats

Spreekt u met de zorgverlener over de kwaliteit en de voortgang van de werkzaamheden

nee

ja

keer per week maand

Welke onderwerpen komen ter sprake:

Worden de uitkomsten van de gesprekken op papier gezet

nee

ja

Welke maatregelen neemt u als u niet tevreden bent over het functioneren van de zorgverlener

Heeft zich dat al eens voorgedaan

nee

ja, ik heb de volgende maatregelen genomen:

Heeft de zorgverlener de vrijheid om zonder bericht weg te blijven, later te komen en eerder weg te gaan

ja

nee, in overleg

nee, er zijn vaste werktijden. Afwijking daarvan wordt vooraf besproken

Welke periode werkt de zorgverlener voor u

van

tot

dag-maand-jaar

dag-maand-jaar

Hoeveel dagen per week werkt de zorgverlener normaal gesproken

dagen per week

Hoeveel uren per dag werkt de zorgverlener normaal gesproken

uren per dag

Wat doet u als de zorgverlener niet komt werken, bijvoorbeeld vanwege ziekte of vakantie

ik red mezelf (geen vervanging)

ik schakel iemand anders in met vergelijkbare kwaliteiten

de zorgverlener zorgt er voor dat er iemand anders komt. Ik heb daar geen invloed op

anders, namelijk

5 Vergoedingen

Wat voor vergoeding ontvangt de zorgverlener

salaris
inkomsten van derden, namelijk van
loon in natura (bijvoorbeeld vrij wonen, kost en inwoning, kleding)

anders, namelijk

Wat is de hoogte van deze vergoeding

€

per uur

per maand

per jaar

Betaalt u het loon tijdens ziekte door

nee
ja

Laat u dit afhangen van het feit of u een vergoeding krijgt voor de loondoorbetaling bij ziekte

nee
ja

Bestaat er recht op vakantiedagen

nee
ja

Welke onkostenvergoeding(en) ontvangt de zorgverlener nog meer

geen
reiskosten
verblijfkosten
anders, namelijk

Heeft de zorgverlener ergens anders ontslag genomen om u te verzorgen

nee Ga naar 6.
ja

Werd u ook al verzorgd door de zorgverlener voordat er sprake was van een PGB

nee Ga naar 6.
ja

Sinds wanneer is de zorgverlener werkzaam

van

dag-maand-jaar

tot

dag-maand-jaar

Hoeveel dagen per week was de zorgverlener toen werkzaam

dagen per week

Hoeveel uren per dag was de zorgverlener toen werkzaam

uren per dag

Waaruit bestond de vergoeding aan de zorgverlener

Wie betaalde deze vergoeding aan de zorgverlener

6 Opmerkingen

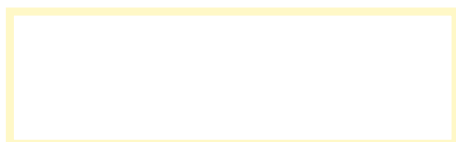
ruimte voor eventuele
opmerkingen

7 Ondertekening

datum

dag-maand-jaar

handtekening budgethouder
of vertegenwoordiger



*Upload dit formulier via Mijn PGB, of stuur een papieren kopie naar het
Servicecentrum PGB, postbus 8038, 3503 RA Utrecht*