

# Omzettingsformulier Zorg Wlz

U heeft een indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz). Met deze indicatie kunt u zorg in natura (ZIN) of een persoonsgebonden budget (pgb) krijgen. Een combinatie is ook mogelijk. Met dit formulier geeft u aan dat u (een deel van) uw zorg wilt omzetten.

## 1. Cliëntgegevens

Achternaam: \_\_\_\_\_ Voorletters: \_\_\_\_\_

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

Straatnaam: \_\_\_\_\_ Huisnummer: \_\_\_\_\_ Toevoeging: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer 1: \_\_\_\_\_ Telefoonnummer 2: \_\_\_\_\_

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

Correspondentieadres: \_\_\_\_\_

## 2. Wat is de reden dat u de zorg wilt omzetten?

---

---

## 3. Welke zorg wilt u omzetten?

- Ik wil al mijn Wlz-zorg ontvangen in pgb, ga verder naar vraag 4.
- Ik wil een deel van mijn Wlz-zorg ontvangen in pgb, ga verder naar vraag 4.
- Ik wil al mijn Wlz-zorg ontvangen in ZIN, ga verder naar vraag 5.
- Ik wil een deel van mijn Wlz-zorg ontvangen in ZIN, ga verder naar vraag 5.

## 4. Omzetten van zorg in natura (ZIN) naar persoonsgebonden budget (pgb)

- Ik wil graag per \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_\_\_ mijn volledige zorg omzetten naar pgb (ga naar vraag 6)
- Ik wil graag per \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_\_\_ een gedeelte van mijn zorg omzetten naar pgb (ga naar vraag 6)

## 5. Omzetten van persoonsgebonden budget (pgb) naar zorg in natura (ZIN)

- Ik wil graag per \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_\_\_ mijn volledige zorg omzetten naar zorg in natura bij zorgaanbieder:  
\_\_\_\_\_ met AGB code\* \_\_\_\_\_ (ga naar vraag 6)
- Ik wil graag per \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_\_\_ een gedeelte van mijn zorg omzetten naar zorg in natura bij zorgaanbieder:  
\_\_\_\_\_ met AGB code\* \_\_\_\_\_ (ga naar vraag 6)

*\*deze kunt u opvragen bij uw zorgaanbieder*

## 6. Wilt u op de wachtlijst voor een opname (blijven) staan?

Ook als u pgb ontvangt kunt u op de wachtlijst (blijven) staan voor opname in een instelling in ZIN.

Ja, ik wil graag op de wachtlijst (blijven staan) bij zorgaanbieder: \_\_\_\_\_  
met AGB code\* \_\_\_\_\_

Nee

## 7. Heeft u nog opmerkingen of extra informatie?

---

---

## 8. Ondertekening

De cliënt dient de omzetting zelf te ondertekenen, tenzij:

- Er al sprake is van een pgb en dit wordt beheerd door een gewaarborgde hulp. Dan dient de gewaarborgde hulp te tekenen.
- Er sprake is van een wettelijk vertegenwoordiger. Ouders zijn wettelijk vertegenwoordigers voor budgethouders jonger dan 18 jaar. Als er sprake is van een door een rechter aangewezen wettelijk vertegenwoordiger: voogd, curator, mentor of bewindvoerder dan ontvangen wij graag *een kopie van de rechterlijke uitspraak*.
- Er al sprake is van een pgb en dit wordt beheerd door een pgb-beheerder. Dan dient de pgb-beheerder te tekenen.

### Wie ondertekent het formulier?

De cliënt

De gewaarborgde hulp

De wettelijk vertegenwoordiger

De pgb-beheerder

Naam: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Handtekening : \_\_\_\_\_

### Adres van ondertekenaar indien afwijkend van cliëntgegevens:

Achternaam: \_\_\_\_\_ Voorletters: \_\_\_\_\_

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

Straatnaam: \_\_\_\_\_ Huisnummer: \_\_\_\_\_ Toevoeging: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer 1: \_\_\_\_\_ Telefoonnummer 2: \_\_\_\_\_

Emailadres: \_\_\_\_\_

KVK\*\* : \_\_\_\_\_

**Let op:** Controleer of u alles en volledig heeft ingevuld en de gevraagde kopieën heeft bijgevoegd.  
Zonder juiste ondertekening kan het formulier niet in behandeling worden genomen.  
**Stuur het volledig ingevulde en ondertekende formulier naar: [zorgregistratie@dsw.nl](mailto:zorgregistratie@dsw.nl)**  
of per post naar: Zorgkantoor DSW, Postbus 366, 3100 AJ Schiedam