

# VERANTWOORDINGSFORMULIER PGB-AWBZ

## 1. Budgethouder

---

Naam:

Adres:

Woonplaats:

Dossiernummer:

## 2. Verantwoordingsperiode

---

Van: \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_

## 3. Totaalbedrag van dit verantwoordingsformulier

---

- a. Welk bedrag heeft u in totaal aan uw zorgverlener(s) betaald over deze periode?  
Dit bedrag is inclusief eventuele werkgeverslasten en eventuele kosten woon-werkverkeer van uw zorgverlener(s).

€

- b. Is een zorgverlener of zijn er meerdere zorgverleners in deze periode ziek geweest?

Ja, ga naar vraag 3c

Nee, ga naar het invullen van de verklaring (onderaan deze bladzijde)

- c. Heeft u de zorgverlener(s) ziek gemeld bij het Servicecentrum PGB te Utrecht?

Ja, ga naar vraag 3d

Nee, ga naar het invullen van de verklaring (onderaan deze bladzijde)

Neem contact op met het Servicecentrum PGB, telefoonnummer 030-2648200.

- d. Welk bedrag heeft u ontvangen of moet u nog ontvangen van het Servicecentrum PGB in verband met de ziekmelding van uw zorgverlener(s) over deze periode?

€ .....

Ik heb dit formulier naar waarheid ingevuld. Alle in dit formulier opgenomen kosten kunnen door mij verantwoord worden met overeenkomsten en declaraties. Ik weet dat het zorgkantoor het recht heeft om deze overeenkomsten en declaraties op te vragen.

## Ondertekening

---

Naam

---

Datum

---

Plaats

---

Handtekening

---

Let op: het verantwoordingsformulier mag alleen worden ondertekend door de budgethouder of de ouders, voogd, curator of bewindvoerder.

Verantwoordingsperiode:

tot en met

| Nr. | Naam zorgverlener of zorgverlenende instantie | BSN, BTW-nummer, Nr. Kamer van Koophandel | Uitbetaald bedrag | Soort hulpverlening (aankruisen wat van toepassing is) |    |       |        |     |    |     |    |
|-----|---|---|-------------------|--|----|-------|--------|-----|----|-----|----|
|     |   |   |                   | PV   | VP | BEG-I | BEG-GR | VV* | KV | HH* | RK |
| 1   |   |   |                   |  |    |       |        |     |    |     |    |
| 2   |   |   |                   |  |    |       |        |     |    |     |    |
| 3   |   |   |                   |  |    |       |        |     |    |     |    |
| 4   |   |   |                   |  |    |       |        |     |    |     |    |
| 5   |   |   |                   |  |    |       |        |     |    |     |    |
| 6   |   |   |                   |  |    |       |        |     |    |     |    |
| 7   |   |   |                   |  |    |       |        |     |    |     |    |
| 8   |   |   |                   |  |    |       |        |     |    |     |    |
| 9   |   |   |                   |  |    |       |        |     |    |     |    |
| 10  |   |   |                   |  |    |       |        |     |    |     |    |

Gebruik onderstaande regels voor bemiddelingskosten

|    |         |  |
|----|---------|--|
| 11 |         |  |
| 12 |         |  |
|    | Totaal: |  |

Het totaalbedrag vermeldt u op de voorzijde bij vraag 3a.

**Toelichting per zorgfunctie:**

**PV: Persoonlijke verzorging**

**VP: verpleging**

**Beg-I: Begeleiding individueel**

**Beg-GR: Begeleiding groep**

**VV: Vervoer (u kunt alleen kosten van vervoer declareren als een PGB is toegekend voor begeleiding groep inclusief vervoer)**

**KV: Kort verblijf**

**HH: Huishoudelijk hulp (u kunt alleen kosten voor huishoudelijke hulp declareren als u bent geïndiceerd voor langdurig verblijf)**

**RK: Reiskosten woon-werkverkeer zorgverlener**