

## **TOELICHTING PER ONDERDEEL VAN HET PGB-PLAN KORTDUREND VERBLIJF**

### **Algemene toelichting PGB-plan Wmo**

U vraagt bij de gemeente Lelystad een PGB aan waarmee u zelf uw ondersteuning kunt inkopen. Als onderdeel van die aanvraag stuurt u een volledig ingevuld en ondertekend PGB-plan Wmo mee. Met dit plan laat u zien waarom u een PGB aanvraagt en welke ondersteuning u daarmee gaat inkopen.

Als u een PGB wilt aanvragen voor Kortdurend Verblijf, dan bespreekt u het ingevulde PGB-plan met de hoofdaannemer. U wordt hierover nader geïnformeerd. De hoogte van uw PGB wordt bepaald op basis van dit PGB-plan. De hoofdaannemer adviseert hierover. Als uw omstandigheden veranderen, moet u contact opnemen met het Sociaal Wijkteam in uw buurt. Als u te weinig ruimte heeft voor uw antwoorden, dan kunt u een bijlage gebruiken. Om zoekraken te voorkomen, vermeldt u op die bijlage uw naam en Burgerservicenummer.

### **1. Mijn persoonlijke gegevens**

Als in uw gezin ook iemand anders Wmo-ondersteuning nodig heeft, beoordeelt het Sociaal Wijkteam uw ondersteuningsbehoefte tegen de achtergrond van uw gezinssituatie.

### **2. Contactpersoon**

Hier kunt u de gegevens van uw contactpersoon vermelden.

### **3. Vertegenwoordiger**

U vult deze vraag alleen in als er sprake is van een mentor, curator, bewindvoerder of wettelijke vertegenwoordiger.

### **4. Huidige beschikking**

U kunt hier aangeven of u al een beschikking heeft voor Kortdurend Verblijf.

### **5. Gewenste beschikking**

Hier kunt u aangeven voor welke periode u een PGB wilt aanvragen.

### **6. Mijn ondersteuningsbehoefte**

U kunt aankruisen waarom u een PGB aanvraagt. U geeft uw motivatie aan. Daarbij beschrijft u zo concreet mogelijk welke ondersteuning u wilt gaan inkopen.

### **7. Doelen**

U omschrijft de doelen van de ondersteuning. Dit doet u aan de hand van de vijf vragen.

### **8. Aanvraag van mijn PGB**

Bij deze vraag geeft u de namen op van de zorginstellingen die u denkt te gaan contracteren. U geeft per zorginstelling aan hoeveel uur ondersteuning u denkt nodig te hebben.

U berekent in de tabel het door u gevraagde budget.

## **9. Afspraken zorginstelling**

U vult de afspraken met uw zorginstelling in. U noteert hoeveel tijd uw zorginstelling per etmaal specifieke taken besteedt.

## **10. Regievoering PGB**

U geeft hier aan wie wat bepaalt, wanneer en hoe de ondersteuning wordt uitgevoerd en wie de kwaliteit bewaakt.

## **11. Administratie**

U kruist aan wie de administratie doet. Als u dit niet zelf doet, vult u de gegevens in van degene die uw administratie doet.

## **12. Nadere toelichting**

U kunt hier aanvullende opmerkingen invullen.

## **13. Toegevoegde bewijsstukken**

U kruist aan welke bewijsstukken u heeft toegevoegd.

## **14. Verantwoordelijkheden**

Leest u de verantwoordelijkheden goed door vóór u ondertekent.

## **15. Toegevoegde bewijsstukken**

U vult de datum en plaats in en ondertekent het plan. Bij het inleveren van het PGB-plan moet ook het Sociaal Wijkteam tekenen voor ontvangst. Uw aanvraag voor een PGB kan alleen in behandeling worden genomen als het PGB-plan volledig is ingevuld en ondertekend.

## **Meer informatie**

U vindt meer informatie op de website van Gemeente Lelystad. U kunt ook contact opnemen met het Sociaal Wijkteam in uw buurt.

# PERSOONSGEBONDEN BUDGETPLAN (PGB-PLAN)

## KORTDUREND VERBLIJF Wmo

U dient het volledig ingevulde en ondertekende budgetplan in te leveren bij uw Sociaal Wijkteam (SWT)



### 1. MIJN PERSOONSgegevens

Burgerservicenummer \_\_\_\_\_

Naam en voorletters \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode/woonplaats \_\_\_\_\_

Correspondentieadres \_\_\_\_\_

Postcode/woonplaats \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_

Mobiel nummer \_\_\_\_\_

### 2. CONTACTPERSOON

Naam en voorletters \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode/woonplaats \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_

Mobiel nummer \_\_\_\_\_

Relatie tot zorgvrager \_\_\_\_\_

### 3. VERTEGENWOORDIGER

Is er sprake van mentorschap, curator, bewindvoerder of wettelijk vertegenwoordiger? Voeg dan bewijsstukken toe.

Naam \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode/woonplaats \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_

Mobiel nummer \_\_\_\_\_

### 4. HUIDIGE BESCHIKKING (INDIEN VAN TOEPASSING)

Ingangsdatum huidige beschikking \_\_\_\_\_

Einddatum huidige beschikking \_\_\_\_\_

## 5. GEWENSTE BESCHIKKING

Gewenste ingangsdatum \_\_\_\_\_

Gewenste einddatum \_\_\_\_\_

## 6. MIJN ONDERSTEUNINGSBEHOEFTE

De reden waarom ik een PGB aanvraag is dat:

Ik zelf wil kunnen inplannen wanneer ik ondersteuning ontvang.

Anders, namelijk:

Motivatie voor aanvraag Kortdurend Verblijf:

## 7. DOELEN

Omschrijf de doelen die u wilt bereiken aan de hand van de volgende vragen:

1. Wat wil ik bereiken?

4. Welke (haalbare) acties moet ik ondernemen om mijn doel te bereiken?

2. Waaraan merk ik dat het resultaat is bereikt?

5. Wanneer begin ik en wanneer is mijn doel bereikt?

3. Waarom wil ik dit doel bereiken?

### Doel 1

1. Wat wil ik bereiken?  
\_\_\_\_\_

2. Waaraan merk ik dat het resultaat is bereikt?  
\_\_\_\_\_

3. Waarom wil ik dit doel bereiken?  
\_\_\_\_\_

4. Welke (haalbare) acties moet ik ondernemen om mijn doel te bereiken?  
\_\_\_\_\_

5. Wanneer begin ik en wanneer is mijn doel bereikt?  
\_\_\_\_\_

**Doel 2**

1. Wat wil ik bereiken?

---

---

2. Waaraan merk ik dat het resultaat is bereikt?

---

---

3. Waarom wil ik dit doel bereiken?

---

---

4. Welke (haalbare) acties moet ik ondernemen om mijn doel te bereiken?

---

---

5. Wanneer begin ik en wanneer is mijn doel bereikt?

---

---

**Doel 3**

1. Wat wil ik bereiken?

---

---

2. Waaraan merk ik dat het resultaat is bereikt?

---

---

3. Waarom wil ik dit doel bereiken?

---

---

4. Welke (haalbare) acties moet ik ondernemen om mijn doel te bereiken?

---

---

5. Wanneer begin ik en wanneer is mijn doel bereikt?

---

---

Heeft u nog meer doelen? Dan kunt u die als bijlage toevoegen.

## 8. AANVRAAG VAN MIJN PGB

### Informatie professionele hulp

	Naam zorginstelling	KvK*	Relatie hulpverlener tot zorgvrager
1			
2			
3			
4			

### Benodigde uren

	Naam zorginstelling	(gemiddeld) aantal uren per week	Kosten per uur	Kosten per jaar
1				
2				
3				
4				

*\* Is er sprake van een zorginstelling zonder KvK-nummer? Voeg dan een bewijsstuk van de HKZ-certificering Zorg en Welzijn of een geldige erkenning kwaliteitssysteem Federatie Landbouw en Zorg toe.*

*De hoofdaannemer adviseert of de door u beoogde zorginstelling en het tarief passend zijn.*

## 9. AFSPRAKEN ZORGINSTELLING

Werkafspraken			
Dagdelen/dagen	Tijd	Hulpverlener	Taken

Evaluatie moment(en)\*

*\*Hier geeft u aan wanneer u samen met uw begeleider(s) uw doelen en begeleiding evalueert en hoe vaak u dat doet.*

## 10. REGIEVOERING PGB

*U geeft hier aan wie wat bepaalt, wanneer en hoe de ondersteuning wordt uitgevoerd en wie de kwaliteit bewaakt.*

Zorgvrager zelf  ja /  nee (aankruisen wat van toepassing is)

Iemand anders, namelijk:

Naam en voorletters \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode/woonplaats \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_

Mobiel nummer: \_\_\_\_\_

e-mail adres \_\_\_\_\_

Relatie tot zorgvrager \_\_\_\_\_

## 11. ADMINISTRATIE

Zorgvrager zelf  ja /  nee (aankruisen wat van toepassing is)

Iemand anders, namelijk:

Naam en voorletters \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode/woonplaats \_\_\_\_\_

Telefoonnummer \_\_\_\_\_

Mobiel nummer \_\_\_\_\_

e-mail adres \_\_\_\_\_

Relatie tot zorgvrager \_\_\_\_\_

Cliënt kan zelfstandig het PGB beheren/organiseren:  ja /  nee (aankruisen wat van toepassing is)

Toelichting:

## 12. NADERE TOELICHTING (INDIEN NODIG/GEWENST)

### 13. TOEGEVOEGDE BEWIJSSTUKKEN

- Vertegenwoordiger (punt 3)
- Inschrijving KvK, bewijsstuk van de HKZ-certificering Zorg en Welzijn of een geldige erkenning kwaliteitssysteem Federatie Landbouw en Zorg (punt 8)
- Anders, namelijk:



## 14. VERANTWOORDELIJKHEDEN

Door ondertekening verklaar ik:

- Dat ik als Persoonsgebonden budgethouder akkoord ga met de rechten en plichten van een PGB conform de Wmo 2015 en de Verordening maatschappelijke ondersteuning Gemeente Lelystad 2020.
- Dit PGB-plan naar waarheid te hebben ingevuld.
- Dat ik alleen zorgovereenkomsten afsluit die passen binnen de afspraken van dit PGB-plan.
- Dat ik alles, dat aanleiding kan zijn voor aanpassen of stoppen van dit PGB, tijdig laat weten aan Gemeente Lelystad.
- Dat ik op de hoogte ben van de eventuele eigen bijdrage die ik moet betalen als de gemeente mij dit PGB verstrekt.
- Dat het mijn verantwoordelijkheid is om, als ik dit PGB aansluitend op de einddatum wil verlengen, tijdig (uiterlijk 2 maanden voor de einddatum) contact op te nemen met het Sociaal Wijkteam om een afspraak in te plannen.
- Dat de kwaliteit van de dienstverlening, die wordt ingezet met een PGB, van vergelijkbare kwaliteit is als de dienstverlening in de vorm van zorg in natura. Ik toon in dit PGB-plan aan op welke wijze ik deze kwaliteit borg.
- Dat ik zelf een passende hulpverlener kies en zelf overeenkomsten sluit met zorgverleners.
- Dat ik goed weet welke ondersteuning wordt geleverd en ik de hulpverlener hierop aanspreek indien dit niet gebeurt.
- Dat ik mij bewust ben van de verantwoordelijkheden die komen kijken bij een PGB en van de vaardigheden die nodig zijn om dat op een juiste manier te regelen, zoals de bestedingen, het factureren en de kwaliteit.
- Dat ik mij bewust ben dat, als de kwaliteit van de geleverde ondersteuning niet voldoende is, de ondersteuning in de vorm van een PGB kan worden beëindigd.

## 15. ONDERTEKENING

*Voor akkoord door cliënt. Pas tekenen na het gesprek met de hoofdaannemer.*

(Wettelijk) vertegenwoordiger (indien van toepassing)

Naam \_\_\_\_\_

Naam \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Plaats \_\_\_\_\_

Plaats \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_

Handtekening \_\_\_\_\_