

# Model Zorgovereenkomst met een formele zorgaanbieder

Deze zorgovereenkomst kunt u gebruiken voor het maken van afspraken met een formele zorgaanbieder. Om vast te stellen of uw zorgaanbieder een informele of formele zorgaanbieder is, gebruiken we de volgende definitie:

Formele zorgaanbieders zijn alle zorgaanbieders die geen informele zorgaanbieder zijn.

Informele zorgaanbieders zijn zorgaanbieders die:

- uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad zijn, en/of
- niet als verpleegkundige met een deskundigheidsniveau 4 of 5 voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg zijn ingeschreven in het register als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG, en/of
- niet in het Handelsregister zijn ingeschreven met een SBI-code beginnend met 86, 87 of 88.

## 1. Verzekerde

Achternaam:

Voorletters:

Geslacht:  man  vrouw

Geboortedatum:

Straat en huisnummer:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer (overdag):

Verzekerdnummer/relatienummer:

IBAN/rekeningnummer:

## 2. De vertegenwoordiger. Alleen invullen als de verzekerde een vertegenwoordiger heeft

Niet iedereen mag u als vertegenwoordiger helpen bij het uitvoeren van de taken en verplichtingen die aan het Pgb zijn verbonden, zoals bedoeld in artikel 3.1 onder a tot en met d. Alleen uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad mag u als vertegenwoordiger helpen. Uw vertegenwoordiger mag niet ook tegelijkertijd uw zorgverlener zijn, tenzij hij of zij uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is.

Achternaam:

Voorletters:

Geboortedatum:

Straat en huisnummer:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer (overdag):

Mobiel telefoonnummer:

Of indien de vertegenwoordiger een rechtspersoon is:

Naam rechtspersoon:

KvK rechtspersoon:

Adres:

Telefoonnummer:

Wat is uw relatie tot de verzekerde

De verzekerde is jonger dan 18 jaar. Ik ben dus verantwoordelijk als

Vader  Moeder  Voogd

Ik ben benoemd tot bewindvoerder, curator of mentor

U moet een uitspraak van de rechtbank kunnen overleggen als Menzis u hier om vraagt

Ik ben de partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad van de verzekerde.

### 3. De zorgaanbieder

Naam zorgaanbieder:

Vertegenwoordiger zorgaanbieder:

Functie vertegenwoordiger:

Straat en huisnummer:

Postcode en woonplaats:

AGB Code:

KvK nr:

SBI code:

Telefoon:

Bent u een partner of bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad?  ja  nee

Bent u de (wettelijk) vertegenwoordiger van de verzekerde?  ja  nee

### 4. De werkzaamheden. U kunt meerdere hokjes aankruisen

Wat houden de werkzaamheden in

Persoonlijke verzorging  uren per week

Verpleging  uren per week

### 5. Looptijd van de overeenkomst

Wanneer gaat de overeenkomst in: Vul de dag, maand en het jaar in

Hoe lang is de overeenkomst geldig

De overeenkomst is geldig voor onbepaalde tijd

De overeenkomst is geldig tot en met: Vul de dag, maand en het jaar in

### 6. De werktijden

Welke werkafspraken heeft u met de zorgaanbieder gemaakt

De zorgaanbieder biedt zorg voor een variabel aantal uren

De zorgaanbieder biedt zorg voor een vast aantal uren

Uren per week:

U kunt hieronder samen met de zorgaanbieder vastleggen welke werkzaamheden wanneer en op welke tijden plaatsvinden:

Maandag van  uur tot  uur  Persoonlijke verzorging  Verpleging

Dinsdag van  uur tot  uur  Persoonlijke verzorging  Verpleging

Woensdag van  uur tot  uur  Persoonlijke verzorging  Verpleging

Donderdag van  uur tot  uur  Persoonlijke verzorging  Verpleging

Vrijdag van  uur tot  uur  Persoonlijke verzorging  Verpleging

Zaterdag van  uur tot  uur  Persoonlijke verzorging  Verpleging

Zondag van  uur tot  uur  Persoonlijke verzorging  Verpleging

## 7. De vergoeding

De zorgaanbieder ontvangt via facturering achteraf:

\_\_\_\_\_ f per uur voor persoonlijke verzorging

\_\_\_\_\_ f per uur voor verpleging

Indien u afwijkende vergoedingen afspreekt kunt u deze hieronder vastleggen. Vul de afwijkende vergoedingen in:

\_\_\_\_\_ f per uur voor

## 8. Wat u verder afspreekt met de ondertekening van deze overeenkomst

Hoe wordt de zorgaanbieder betaald?

De zorgaanbieder brengt achteraf de gewerkte uren bij u in rekening. De verzekerde maakt vervolgens zelf de vergoeding over aan de zorgaanbieder. Een nota van uw zorgverlener dient in ieder geval de volgende gegevens te bevatten:

- de naam van de zorgverlener,
- het uurloon van de zorgverlener,
- een urenspecificatie, uitgedrukt in eenheden van 5 minuten,
- een omschrijving van de geleverde zorg,
- de AGB-code van de zorgverlener.

Geldt er een opzegtermijn?

De verzekerde kan de overeenkomst tussentijds opzeggen. Er geldt een opzegtermijn van een maand. De zorgaanbieder mag de overeenkomst alleen tussentijds opzeggen als daar gewichtige redenen voor zijn. Ook hierbij geldt een opzegtermijn van een maand en kan in goed overleg een andere opzegtermijn worden afgesproken.

In goed overleg kan de overeenkomst ook zonder opzegtermijn worden beëindigd. De verzekerde is niet aansprakelijk voor financiële schade die de zorgaanbieder lijdt door tussentijdse opzegging.

Wanneer eindigt de overeenkomst direct?

De zorgovereenkomst eindigt direct, zonder opzegtermijn:

- als de verzekerde overlijdt;
- als de zorgaanbieder failliet is verklaard.
- Met ingang van de dag waarop de verzekerde geen recht meer heeft op een PGB.

Wie draagt sociale lasten af?

De zorgaanbieder is zelf verantwoordelijk voor de afdrachten van loonbelasting, sociale verzekeringspremies en andere inhoudingen of afdrachten waartoe de zorgaanbieder verplicht is op grond van de wet of CAO.

Waarom moet u verder nog denken?

- De zorgaanbieder garandeert de kwaliteit van de hulp en de zorgaanbieder verricht zijn werk zoals van een redelijk handelend zorgaanbieder verwacht mag worden. De zorgaanbieder voldoet indien van toepassing aan de eisen die worden gesteld in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst en de wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.
- De zorgaanbieder houdt alles geheim wat zij weten over de verzekerde en diens gezin, partner of huishouden.
- De zorgaanbieder zorgt er bij overdracht van de werkzaamheden voor, dat de benodigde gegevens beschikbaar zijn. Dit gebeurt in overleg met de verzekerde.

## 9. Ondertekening

Als u wilt dat één of meerdere bijlagen van deze overeenkomst deel uitmaken, dan kunt u hier de naam van deze bijlage(n) vermelden. U moet de bijlage(n) ondertekenen en bewaren bij deze overeenkomst. Indien u een vertegenwoordiger heeft, dan hoeft alleen de vertegenwoordiger te tekenen

Handtekening verzekerde en/of vertegenwoordiger:

\_\_\_\_\_

Handtekening zorgaanbieder :

\_\_\_\_\_

Datum ondertekening: \_\_\_\_\_

Datum ondertekening: \_\_\_\_\_