

Model Zorgovereenkomst met een informele zorgverlener



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

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.

Formele zorgaanbieders zijn alle zorgaanbieders die geen informele zorgaanbieder zijn.

1. Verzekerde

Achternaam:

Voorletters:

Geslacht: man vrouw

Geboortedatum:

Straat en huisnummer:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer (overdag):

Verzekerdennummer/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

Voorletters en achternaam:

Geboortedatum:

Straat en huisnummer:

Postcode en woonplaats:

Telefoon (overdag):

Mobiel telefoonnummer:

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

Bent u de vertegenwoordiger van de verzekerde? ja nee

4. De werkzaamheden. U kunt meerdere hokjes aankruisen

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 tijdenplaatsvinden:

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:

_____ € per uur voor persoonlijke verzorging

_____ € per uur voor verpleging

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

_____ € per uur voor

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

Waaraan moet u verder nog denken

- Er is geen CAO van toepassing.
- De zorgaanbieder verricht de werkzaamheden in de directe leefomgeving van de verzekerde.
- De zorgaanbieder garandeert de kwaliteit van de hulp en verricht zijn werk zoals van een redelijk handelend zorgaanbieder verwacht mag worden.
- De zorgverlening 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, en de beroepscodes.
- De verzekerde zorgt voor goede, veilige werkomstandigheden (voor zover dit van hem of haar kan worden verlangd).
- De zorgaanbieder houdt alles geheim wat hij of zij te weten komt over de verzekerde en diens gezin, partner of huisgenoten.
- De zorgaanbieder zorgt er bij overdracht van de werkzaamheden voor dat de benodigde gegevens beschikbaar zijn. Dit gebeurt in overleg met de verzekerde.

De urendeclaratie

Binnen vier weken na de maand waarin de zorg is verleend moet de zorgaanbieder de gewerkte uren declareren.

Een nota van uw zorgverlener dient in ieder geval de volgende gegevens te bevatten:

- a. de naam van de zorgverlener,
- b. het adres van de zorgverlener;
- c. het uurloon van de zorgverlener,
- d. een urenspecificatie, uitgedrukt in eenheden van 5 minuten,
- e. een omschrijving van de geleverde zorg,

Geldt er een opzegtermijn?

De verzekerde en de zorgaanbieder mogen de zorgovereenkomst tussentijds opzeggen. Er geldt een opzegtermijn van een maand. Maar in goed overleg kan de zorgovereenkomst 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;
- Met ingang van de dag waarop de verzekerde geen recht meer heeft op een PGB

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: _____