# Persoonlijk plan Persoonsgebonden budget (PGB-Wmo)

In te vullen door de gemeente

|  |  |
| --- | --- |
| Verseon nummer |  |
| Datum aanvraag |  |
| Wp nummer |  |

|  |
| --- |
| **1a. Uw persoonlijke gegevens** |
| Naam en voorletter(s): |  | ☐ Man ☐ Vrouw |
| Adres: |  |
| Postcode en woonplaats: |  |
| Geboortedatum: |  |
| BSN nummer: |  |
| Telefoonnummer: |  |
| E-mailadres: |  |

|  |
| --- |
| **1b. Mede invuller**  |
| Naam en voorletter(s): |  |
| Relatie tot aanvrager: |  |

|  |
| --- |
| **2.Situatie en motivatie**  |
| **2a. Wat is uw situatie? Wat is de reden om ondersteuning bij de gemeente aan te vragen?** |
| **2b. Heeft dit te maken met een beperking? Geef dan aan om welke ziekte of beperking het gaat:** (*Indien u daartoe bereid bent, kunt u hierbij medische informatie uit uw eigen dossier toelichten. U bent dit niet verplicht, maar het kan het u wel makkelijker maken om uit te leggen waarom u bepaalde ondersteuning nodig hebt en de gemeente u daarin dient te voorzien.)* |
| **2c. Geef aan welke activiteiten u niet zelfstandig kan doen en geeft aan wat voor ondersteuning u daarvoor nodig heeft:** |

|  |
| --- |
| **3. Welke hulp en ondersteuning krijgt u nu uit uw eigen netwerk (van buren,** **vrienden, familie, partner, vrijwilligers) en wat zou u nog meer aan hulp kunnen krijgen?** |
|  |

|  |
| --- |
| **4. Zijn er algemene voorzieningen van de gemeente die een oplossing bieden bij uw** **vraag om ondersteuning?** |
|  |

|  |
| --- |
| **5. Welke ondersteuning denkt u als individuele (maatwerk)oplossing nodig te** **hebben die door de gemeente geleverd of betaald dient te worden?** **Indien u al een indicatie heeft, kunt u die informatie hier vermelden.**  |
| *Beschrijf de vorm van ondersteuning en geef aan hoeveel ondersteuning u gemiddeld per maand nodig heeft.*  |

|  |
| --- |
| **6. Welk resultaat wilt u met deze ondersteuning bereiken?** |
|  |

|  |
| --- |
| **7. U wilt bovengenoemde ondersteuning zelf inkopen via een persoonsgebonden** **budget.**  |
| **7a. Wat is de reden dat u kiest voor een PGB? Wit u daarbij aangeven waarom zorg in natura niet voldoet/past.** |
| **7b. Bent u in staat tot het bijhouden van een eigen adminstratie of heeft u een vertegenwoordiger? (Wilt u dan de gegevens van uw vertegenwoordiger hieronder vermelden).** |

|  |
| --- |
| **8. Budgetplan per voorziening die u wilt gaan inkopen met het PGB** |
| **8a. Beschrijf hoe u van plan bent het PGB te besteden.** |
| **8b. Gewenste uur (mits van toepassing).**Ik verwacht de zorg voor . . . . . . . . . . . . maanden / jaren nodig te hebben. |
| **9. Hoe denkt u de kwaliteit van de te leveren zorg te borgen?** |
|  |

|  |
| --- |
| **10. Aanbieders** |

|  |
| --- |
| **10a. Ik wil bij de volgende aanbieder(s) de voorziening(en) inkopen:** |
| Soort voorziening | Naam aanbieder | Vestigings)plaats | KvK- nummer |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **10b. Dit zijn de bedragen die ik wil afspreken met mijn aanbieders:** |
| Naam aanbieder | Uurtarief | Uren per week | Kosten per 4 weken(uurtarief\*uren per week\*4 weken) |
|  |  |  | € |
|  |  |  | € |
|  |  |  | € |

|  |
| --- |
| **10c. Dit is het totaalbedrag per jaar dat ik per voorziening wil gaan besteden:** |
| Soort voorziening | Totaal jaarbudget |
|  | €  |
|  | €  |
|  | €  |
| **Totaal PGB**  | €  |

*Ter informatie:*

*In het gesprek met de gespreksvoerder Wmo wordt de maximale financiële tegemoetkoming met u besproken. Voor voorzieningen bestaan maximale tarieven. Deze worden door de gespreksvoerder Wmo met u besproken.*

|  |
| --- |
| **11. Ondertekening** |
| Uw naam |  |
| Datum en plaats |  |
| Uw handtekening |  |