

U komt in aanmerking voor langdurige zorg als er blijvend zorg nodig is. Daarnaast moet er sprake zijn van 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht. Onder de Wet langdurige zorg (Wlz) valt bijvoorbeeld zorg en verblijf in een verpleeg- of verzorgingshuis of in een woonvorm in de gehandicapenzorg. Zorg vanuit de Wlz kan ook in de thuissituatie geleverd worden.

Van aanvraag tot besluit

Vul dit formulier volledig in en stuur de gevraagde documenten mee. Zo krijgen we een goed beeld van uw situatie. Een van onze medewerkers neemt uw aanvraag in behandeling. Dit is uw contactpersoon bij het CIZ. Wanneer er meer informatie nodig is, neemt deze medewerker contact met u op.

Daarna bepalen we of u aanspraak kunt maken op de Wlz. Dit besluit ontvangt u per brief, in principe binnen zes weken

nadat wij uw aanvraagformulier hebben ontvangen. Via de berichtenbox op MijnOverheid.nl kunt u onze berichten ook digitaal ontvangen.

Iedere cliënt heeft recht op hulp van een cliëntondersteuner. Deze helpt u met informatie, advies en bemiddeling. Als u een indicatie aanvraagt voor zorg vanuit de Wlz, heeft u recht op cliëntondersteuning vanuit uw gemeente. Ook kunt u met uw vragen terecht bij het zorgkantoor in uw regio.

Machtiging

Dit formulier voor iemand anders invullen? Dan heeft u schriftelijke toestemming nodig. Hiervoor bestaat een los machtigingsformulier dat moet worden meegestuurd met het aanvraagformulier. Het is belangrijk dat degene voor wie de zorg aangevraagd wordt dit machtigingsformulier ondertekent. Is dat vanwege gezondheidsredenen niet mogelijk? Geef dit dan aan bij vraag 11.

Wilt u meer informatie?

Kijk dan op www.ciz.nl of bel ons op telefoonnummer 088 - 789 10 00.

1. Uw persoonlijke gegevens

Het gaat hier om degene die zorg nodig heeft.

Voorletters Achternaam Man Vrouw

Roepnaam (als u de aanvraag doet voor een kind) Meisjesnaam (als u uw partners naam gebruikt)

Geboortedatum - - Burgerservicenummer (BSN)

Telefoonnummer E-mailadres

Nationaliteit Verblijfsstatus (alleen invullen als u niet de Nederlandse nationaliteit heeft)
 Werkvergunning Tijdelijk
 Gedoog Permanent

Heeft u een tolk nodig? ja nee
 Zo ja, wat voor een tolk?

taaltolk, voor de taal doventolk doofblindentolk

► Het invullen van het burgerservicenummer is verplicht. U vindt dit nummer op uw paspoort, rijbewijs of ander identiteitsbewijs.

► Om zeker te weten dat u ons goed kunt begrijpen, willen we graag weten of u een tolk nodig heeft. Een taaltolk regelt het CIZ zelf.

Uw woonadres

Straat

Huisnummer

Postcode

Plaats

Land Nederland Anders, nl

Uw tijdelijk verblijfadres

Alleen invullen indien van toepassing.

Verwachte datum van ontslag uit het ziekenhuis (als dit bekend is)

 - -

► *Verblijft u tijdelijk in een zorginstelling? Vermeld dan ook de naam van de instelling, uw afdeling en kamernummer.*

Uw postadres

Op welk adres wilt u post van ons ontvangen? Eén keuze mogelijk.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Woonadres | <input type="checkbox"/> Contactpersoon 1 <i>(zie vraag 4)</i> |
| <input type="checkbox"/> Tijdelijk verblijfadres | <input type="checkbox"/> Contactpersoon 2 <i>(zie vraag 4)</i> |
| <input type="checkbox"/> Wettelijk vertegenwoordiger <i>(zie vraag 3)</i> | <input type="checkbox"/> Partner <i>(zie vraag 2)</i> |

Uw burgerlijke staat

Niet invullen als u langdurige zorg (Wlz) aanvraagt voor uw kind.

Heeft u een partner?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ja, ik ben getrouwd | <input type="checkbox"/> Nee, ik ben weduwe/weduwnaar ► <i>ga naar vraag 3</i> |
| <input type="checkbox"/> Ja, ik ben geregistreerd partner | <input type="checkbox"/> Nee, ik ben gescheiden ► <i>ga naar vraag 3</i> |
| <input type="checkbox"/> Ja, ik woon samen | <input type="checkbox"/> Nee, ik ben alleenstaand ► <i>ga naar vraag 3</i> |

2. Uw partner

Voorletters

Achternaam

Man Vrouw

Geboortedatum

 - -

Telefoonnummer (verplicht)

E-mailadres

Woont uw partner op hetzelfde adres als u? Ja ► [ga naar vraag 3](#) Nee ► [vul hieronder in](#)

Straat

Huisnummer

Postcode

Plaats

Land Nederland Anders, nl

3. Uw wettelijk vertegenwoordiger

Bij minderjarige kinderen gaat het hier om de ouders of voogd. In andere gevallen is een wettelijk vertegenwoordiger door de rechter aangewezen.

Heeft u een wettelijk vertegenwoordiger?

Nee ► [ga naar vraag 4](#)

Ja ► [vul hieronder in](#)

Voorletters

Achternaam

Man Vrouw

Geboortedatum

 - -

Wat is de wettelijk vertegenwoordiger van u?

Curator

Ouder met ouderlijk gezag

Voogd

Anders, nl

Mentor

Adres van de wettelijk vertegenwoordiger

Straat

Huisnummer

Postcode

Plaats

Land Nederland Anders, nl

Telefoonnummer (verplicht)

4. Uw contactpersonen

Een contactpersoon is iemand (die niet uw partner is) die wij pas zullen benaderen als we u niet kunnen bereiken. Deze persoon moet dus op de hoogte zijn van uw situatie.

Contactpersoon 1

Voorletters	Achternaam	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Wat is de contactpersoon van u?			
<input type="checkbox"/> Zoon	<input type="checkbox"/> Dochter	<input type="checkbox"/> Vader	<input type="checkbox"/> Moeder
<input type="checkbox"/> Broer	<input type="checkbox"/> Zus		
<input type="checkbox"/> Anders, nl	<input type="text"/>		
Straat		Huisnummer	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Postcode	Plaats		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Land	<input type="checkbox"/> Nederland	<input type="checkbox"/> Anders, nl	<input type="text"/>
Telefoonnummer (verplicht)	<input type="text"/>		

Contactpersoon 2

Voorletters	Achternaam	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Wat is de contactpersoon van u?			
<input type="checkbox"/> Zoon	<input type="checkbox"/> Dochter	<input type="checkbox"/> Vader	<input type="checkbox"/> Moeder
<input type="checkbox"/> Broer	<input type="checkbox"/> Zus		
<input type="checkbox"/> Anders, nl	<input type="text"/>		
Straat		Huisnummer	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Postcode	Plaats		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Land	<input type="checkbox"/> Nederland	<input type="checkbox"/> Anders, nl	<input type="text"/>
Telefoonnummer (verplicht)	<input type="text"/>		

5. Uw huisarts

Voorletters

Achternaam

Telefoonnummer

Straat

Huisnummer

Postcode

Plaats

Land Nederland Anders, nl

6. Uw zorgverzekeraar

Ik ben verzekerd in Nederland

Naam verzekeraar

Polisnummer

Ik ben verzekerd in het buitenland

Land

Ik ben niet verzekerd

Ik weet het niet

7. Aanleiding voor uw vraag om zorg

Welke ziekte, aandoening of beperking heeft u?

Welke problemen heeft u hierdoor?

8. Gewenste zorg

Welke zorg heeft u nodig?

- Opname in een instelling
- Zorg thuis

Hoe wilt u de zorg in de thuissituatie regelen?

- Ik wil dat het zorgkantoor dit regelt
- Ik wil het zelf regelen met een persoonsgebonden budget (pgb)
- Ik weet het niet
- Anders, nl

- Behandeling

► De zorg wordt beschreven in een zorgprofiel. Een zorgprofiel omvat de zorg die u nodig heeft volgens het CIZ. U kunt deze zorg ontvangen in een instelling. De zorg kan ook thuis geleverd worden. Hier kunt u aangeven hoe u de zorg wilt regelen. Wij geven dit door aan het zorgkantoor.

Van welke instelling wilt u uw zorg ontvangen?

Van welke instelling of zorgaanbieder wilt u de zorg ontvangen?

Alleen Nederlandse instellingen mogelijk.

Naam

Plaats

9. Bijzonderheden

Wilt u nog iets toelichten dat u niet op het formulier heeft kunnen invullen? U kunt deze ruimte hiervoor gebruiken.

10. Documenten meesturen

Het CIZ heeft informatie nodig om uw aanvraag zorgvuldig te kunnen onderzoeken. Vink aan welke documenten u meestuurt met de aanvraag, zodat u niets vergeet. Uw aanvraag moet zijn voorzien van een handtekening.

- De machtiging (verplicht als u iemand gemachtigd heeft om deze aanvraag te doen)
- Een bewijs dat u de wettelijk vertegenwoordiger bent (verplicht indien van toepassing)
- Kopieën van medische gegevens die belangrijk zijn voor uw aanvraag:
 - Documenten waarin staat wat de diagnose is, door wie deze is gesteld en op welke datum (verplicht)
 - Documenten over het verloop van de ziekte of aandoening, de behandelingen en bijkomende problemen (verplicht)
 - Informatie over hoe lang en hoe vaak er naar verwachting zorg nodig is. Is er bijvoorbeeld blijvend zorg nodig? Moet er altijd zorg dichtbij zijn? Is er 24 uur per dag zorg nodig?
 - Informatie over hoe de ziekte of aandoening het functioneren van de cliënt beperkt
 - Informatie over het psychisch en sociaal functioneren van de cliënt, bijvoorbeeld over de mogelijkheden die de cliënt nog heeft

Belangrijk: denkt u eraan om het formulier op pagina 8 te ondertekenen?

11. Ondertekening

Door te ondertekenen, verklaart u dat u het formulier naar waarheid heeft ingevuld. Wij vinden het belangrijk u erop te wijzen dat u volgens de wet alle informatie aan dient te leveren die voor het CIZ van belang is voor de beoordeling. Als het CIZ niet voldoende informatie ontvangt om uw aanvraag te kunnen beoordelen, vragen we deze alsnog op. Dit kan mogelijk de afhandeling van de aanvraag vertragen.

Naam zorgvrager

Burgerservicenummer (BSN)

--	--

Geeft u uw huisarts toestemming om uw (medische) gegevens aan onze medisch adviseur te geven, als dat nodig is voor het onderzoek?

Ja Nee

Als u een behandelaar heeft: geeft u uw behandelaar toestemming om uw (medische) gegevens aan onze medisch adviseur te geven, als dat nodig is voor het onderzoek?

Ja Nee

Als u nu al zorg krijgt van mensen of organisaties: geeft u deze mensen of organisaties toestemming om (medische) gegevens aan onze medisch adviseur te geven, als dat nodig is voor het onderzoek?

Ja Nee

Geeft u ons toestemming om het besluit te delen met uw huisarts?

Ja Nee

Uw ondertekening

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Handtekening

--

Plaats

--

Ondertekening door gemachtigde of wettelijk vertegenwoordiger

Door te ondertekenen, verklaart u dat u het formulier naar waarheid heeft ingevuld. We nemen alleen ondertekende formulieren in behandeling.

Voorletters

Achternaam

--	--

Telefoonnummer

Burgerservicenummer (BSN)

--	--

Wat bent u van de zorgvrager?

Partner Familie Wettelijk vertegenwoordiger Zorgaanbieder Contactpersoon

Anders, nl

--

Heeft u deze aanvraag besproken met de zorgvrager?

Ja

Nee, omdat

--

Datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Handtekening

--

Plaats

--

Stuur het ingevulde formulier en de verplichte documenten naar:

CIZ
Postbus 2690
3500 GR Utrecht

E-mail: info@ciz.nl

WWW.CIZ.NL