



# Aanvraag langdurige zorg

## (Wlz)

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.

### Is uw aanvraag compleet?

Vul dit formulier volledig in en onderteken het. Stuur ook de gevraagde documenten mee. Als uw aanvraag niet compleet is, kan het namelijk langer duren voordat wij uw aanvraag kunnen afhandelen. Op pagina 5 leest u welke documenten u meestuurt.

### Machtiging

Ondertekent u dit formulier namens iemand anders? Dan heeft u schriftelijke toestemming nodig van degene voor wie u de zorg aanvraagt. Hiervoor bestaat een los machtigingsformulier. Dit stuurt u mee met het aanvraagformulier. Het is belangrijk dat degene voor wie de zorg wordt aangevraagd, het machtigingsformulier zelf ondertekent.

### Wat gebeurt er met uw aanvraag?

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.

### Clïëntondersteuning

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. Neem hiervoor contact op met uw gemeente. Ook kunt u met uw vragen terecht bij het zorgkantoor in uw regio.

### Privacy

Het CIZ gaat zorgvuldig om met uw gegevens. Op onze website [www.ciz.nl/over-ciz](http://www.ciz.nl/over-ciz) kunt u lezen hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens. Ook vindt u daar welke gegevens wij van u verwerken en welke rechten u heeft. De e-mailadressen die u op dit formulier invult, worden ook gebruikt voor ons klanttevredenheidsonderzoek.

### Wilt u meer informatie?

Kijk dan op [www.ciz.nl](http://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	<input type="radio"/> Man <input type="radio"/> Vrouw	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Roepnaam (als u de aanvraag doet voor een kind)	Geboortenaam (als u uw partners naam gebruikt)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Geboortedatum	E-mailadres		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Telefoonnummer	Burgerservicenummer (BSN)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nationaliteit	Burgerlijke staat		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Verblijfsstatus (alleen invullen als u niet de Nederlandse nationaliteit heeft)	<input type="radio"/> Tijdelijk		
	<input type="radio"/> Permanent		
Spreekt u Nederlands?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee		
Zo niet, welke taal spreekt u? ▶ Als u geen Nederlands spreekt, regelt het CIZ een onafhankelijke taaltolk.			
<input type="text"/>			

## Uw woonadres

Straat

Huisnummer

--	--

Postcode

Plaats

--	--

Land  Nederland  Anders, nl

--

## Uw tijdelijke verblijfadres

*Alleen invullen indien van toepassing.*

Straat

Huisnummer

--	--

Postcode

Plaats

--	--

Land  Nederland  Anders, nl

--

*Verblijft u tijdelijk in een (zorg)instelling of ziekenhuis? Vul dan ook de gegevens hieronder in.*

*Naam instelling of ziekenhuis*

--

*Uw afdeling*

*Kamernummer*

--	--

*Verwachte datum van ontslag (als dit bekend is)*

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

## Uw postadres

*Op welk adres wilt u post van ons ontvangen? Let op: één keuze mogelijk.*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Woonadres                   | <input type="radio"/> Contactpersoon 1 |
| <input type="radio"/> Tijdelijk verblijfadres     | <input type="radio"/> Contactpersoon 2 |
| <input type="radio"/> Wettelijk vertegenwoordiger | <input type="radio"/> Partner          |

*Wilt u uw post ontvangen op het adres van uw wettelijk vertegenwoordiger, contactpersoon of partner? Vul de adresgegevens in.*

Straat

Huisnummer

--	--

Postcode

Plaats

--	--

Land  Nederland  Anders, nl

--

## 2. Uw partner

Voorletters

Achternaam

Geboortedatum

 -  - 

Telefoonnummer

Eventueel tweede telefoonnummer

## 3. Uw wettelijk vertegenwoordiger

**Bij minderjarige kinderen gaat het hier om de ouders of voogd met gezag. In andere gevallen is een wettelijk vertegenwoordiger door de rechter aangewezen of (notarieel) gemachtigd.**

Heeft u een wettelijk vertegenwoordiger?

Nee ▶ *Ga naar vraag 4.*

Ja ▶ *Vul hieronder in.*

Voorletters

Achternaam

E-mailadres

Telefoonnummer

Eventueel tweede telefoonnummer

Wat is de wettelijk  
vertegenwoordiger  
van u?

Curator

Voogd met gezag

Mentor

Ouder met ouderlijk gezag

Andere wettelijk vertegenwoordiger, nl

## 4. Uw contactpersonen

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

### Contactpersoon 1

Voorletters

Achternaam

E-mailadres

Telefoonnummer

Eventueel tweede telefoonnummer

### Contactpersoon 2

Voorletters

Achternaam

E-mailadres

Telefoonnummer

Eventueel tweede telefoonnummer

## 5. Uw huisarts

Voorletters Achternaam

Telefoonnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Straat

Huisnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Postcode

Plaats

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Land  Nederland  Anders, nl

## 6. Uw zorgverzekeraar

Ik ben verzekerd in Nederland

Naam verzekeraar

Polisnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ik ben verzekerd in het buitenland

Land

Ik ben niet verzekerd

Toelichting (verplicht in te vullen indien van toepassing)

## 7. 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 (nog) niet

### Van welke instelling wilt u uw zorg ontvangen?

Van welke instelling of zorgaanbieder wilt u de zorg ontvangen?

Alleen Nederlandse instellingen mogelijk.

Naam

Plaats

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

► Zorg uit de Wlz wordt beschreven in een zorgprofiel. Een zorgprofiel omvat de zorg die u nodig heeft volgens het CIZ. U kunt deze zorg in een instelling krijgen of thuis. Geef hier aan hoe u de zorg wilt regelen. Wij geven dit door aan het zorgkantoor. Als u het nog niet weet, dan kunt u dit later (als u toegang heeft tot de Wlz) afstemmen met het zorgkantoor in uw regio.

## 8. Aanleiding voor uw vraag om zorg

Welke ziekte, aandoening of beperking heeft u?


Welke problemen heeft u hierdoor?


## 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. Zorg dat u onderstaande documenten meestuurt met uw aanvraag. Dan kunnen wij uw aanvraag sneller afhandelen. Vink aan welke documenten u heeft bijgevoegd.

- De machtiging (verplicht als u iemand machtigt om deze aanvraag te ondertekenen)
- Een bewijs dat u de wettelijk vertegenwoordiger bent (verplicht indien van toepassing)
- Kopieën van medische gegevens die belangrijk zijn voor uw aanvraag:
  - (Verplicht). Documenten van een arts of behandelaar waarin staat wat de diagnose is en op welke datum deze is gesteld. Het CIZ moet er zeker van zijn waar de documenten vandaan komen. Zorg daarom dat bijvoorbeeld de handtekening van de arts of behandelaar erop staat, of een logo of stempel van de organisatie waar u de behandeling krijgt.
  - (Verplicht). Een document van een arts/behandelaar over de behandeling(en) die u volgt, het effect van de behandeling, en hoe uw aandoening zich waarschijnlijk ontwikkelt.
  - (Wenselijk). Een beschrijving hoe het lichamelijk en geestelijk met u gaat en welke zorg u nodig heeft, nu en in de toekomst
  - Uw zorgplan en/of behandelplan, als u dit heeft.

**Belangrijk: denkt u eraan om het formulier op pagina 6 te ondertekenen?**

► In een zorgplan staat onder andere welke zorg en ondersteuning u krijgt. Een behandelplan is nodig bij een Wlz-aanvraag voor zorg met behandeling. Het behandelplan moet zijn opgesteld door een behandelaar.

## 11. Toestemming en ondertekening

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.

Uw naam

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

► Het invullen van het burgerservicenummer (BSN) is verplicht. U vindt dit nummer op uw paspoort, rijbewijs of ander identiteitsbewijs. Let op: het gaat hier om het burgerservicenummer van degene die zorg nodig heeft.

### Uw ondertekening

Hier zet degene die zorg nodig heeft zijn/haar handtekening.

Datum

Handtekening

Plaats

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

### Ondertekening door gemachtigde of wettelijk vertegenwoordiger

Vergeet niet om de machtiging mee te sturen of een bewijs dat u wettelijk vertegenwoordiger bent.

Voorletters

Achternaam

Telefoonnummer

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

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

Stuur het ingevulde formulier en de verplichte documenten naar:

**CIZ**  
Postbus 2690  
3500 GR Utrecht

Fax: 088 - 789 10 11

**WWW.CIZ.NL**