

Machtiging

voor het indienen van een aanvraag voor langdurige zorg (Wlz) of voor de artikel 60-toets (Wet Bopz)

Wilt u een aanvraag indienen voor langdurige zorg (Wlz)? Of voor een artikel 60-toets (Bopz)?

Met dit formulier machtigt u eenmalig iemand anders om de aanvraag voor u te doen en te ondertekenen. En om de (medische) gegevens die nodig zijn voor de aanvraag, aan het CIZ te verstrekken. De gemachtigde stuurt dit formulier samen met de Wlz- en/of Bopz-aanvraag binnen 28 dagen

na het ondertekenen van dit formulier op. Het is belangrijk dat u de aanvraag doorspreekt met degene die u machtigt, voordat deze wordt ingediend. Zorg dat uzelf of uw wettelijk vertegenwoordiger dit formulier ondertekent.

Meer informatie?

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

1. Gegevens van de aanvraag

Voor welke aanvraag is deze machtiging bedoeld? U kunt meerdere opties aanvinken.

- Langdurige zorg (Wlz) Extramurale behandeling (subsidieregeling)
 Artikel 60-toets (Bopz)

2. Gegevens van de zorgvrager

Het gaat hier om degene die zorg nodig heeft.

Voorletters	Achternaam		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw
Geboortedatum	Burgerservicenummer (BSN)		
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>		
Telefoonnummer	Eventueel tweede telefoonnummer		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

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

3. Gegevens van de gemachtigde

- Ik machtig een persoon ► [vul vraag 3a in](#)
 Ik machtig een organisatie ► [vul vraag 3b in](#)

3a. Gemachtigde persoon

Voorletters	Achternaam		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw
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	Eventueel tweede telefoonnummer		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Relatie tot de verzekerde	<input type="text"/>		

3b. Gemachtigde organisatie

Naam organisatie

Straat

Huisnummer

Postcode

Plaats

Land Nederland Anders, nl

Contactpersoon van de organisatie

Voorletters

Achternaam

Man

Vrouw

Telefoonnummer

E-mailadres

4. 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.

Bent u een wettelijk vertegenwoordiger en machtigt u iemand anders om de aanvraag in te dienen?

Nee ► [ga naar vraag 5](#)

Ja ► [vul hieronder uw gegevens in](#)

Voorletters

Achternaam

Man

Vrouw

Wat is uw relatie tot de verzekerde?

Curator

Ouder met ouderlijk gezag

Voogd met gezag

Andere wettelijk vertegenwoordiger, nl

Mentor

Bent u niet de vader of moeder van de verzekerde?

Stuur dan een bewijs mee dat u wettelijk vertegenwoordiger bent.

Ja, ik stuur een bewijs mee dat ik wettelijk vertegenwoordiger ben.

5. Ondertekening

Hierbij machtig ik de persoon of organisatie genoemd bij vraag 3 om een aanvraag voor langdurige zorg (Wlz) en/of voor de artikel 60-toets (Wet Bopz) in te dienen.

Ja, ik stuur het Wlz- en/of Bopz-aanvraagformulier mee (verplicht).

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 terug naar:

CIZ
Postbus 2690
3500 GR Utrecht

Fax: 088 - 789 10 11

WWW.CIZ.NL