

Postbus:

Postcode: Gemeente:

Bezoekadres:

Contactpersoon:

Telefoon: E-mail:

Indicatiebesluit

Nummer aanvraag [*Indicatieaanvraagnummer*]Cliëntnummer: [*Cliëntnummer*]Indicatiebesluitnummer: [*indicatiebesluitnummer*]Dagtekening, [*datum brief = datum besluit*]Aangevraagd voor: [*naam cliënt form A1.1*]Adres: [*adres cliënt form A1.2.*]Aanvrager: [*indiener form A1.3*]Adres: [*adres indiener*]

Geachte Mevrouw, Mijnheer,

Op [*datum aanvraag*] heeft u bij het bovengenoemde indicatieorgaan een aanvraag ingediend voor een indicatiebesluit. Uw heeft een aanvraag ingediend voor het volgende:

(invoegen de vraag van de aanvrager zoals vermeld in het A-formulier A2)

A2.2.1

A2.2.2

A2.3.1

Het indicatieorgaan heeft uw aanvraag *wel(a)/niet(b)* in behandeling genomen.

indien niet: [motivering indien niet in behandeling genomen.

Informatie over de door de aanvrager te volgen stappen. Door naar bezwaarpassage en ondertekening]

Indien wel in behandeling genomen:

(I) Het indicatieorgaan heeft na uw aanvraag alle informatie verzameld die noodzakelijk is voor het nemen van dit indicatiebesluit. In dit indicatiebesluit is vastgelegd of en in welke mate u op AWBZ-zorg bent aangewezen.

(Indien tevens een Wvg-voorziening werd gevraagd)

Het indicatieorgaan heeft op uw verzoek *eveneens* onderzoek gedaan naar de behoefte aan een voorziening op grond van de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg). Bij dit indicatiebesluit is het advies gevoegd over uw aanvraag voor een voorziening op grond van de Wvg. Het indicatieorgaan zal het bijgevoegde advies uitbrengen aan het gemeentebestuur in uw woonplaats.

(III) Het indicatieorgaan heeft op grond van het indicatieonderzoek vastgesteld, dat u aangewezen bent op de functies van AWBZ-zorg zoals vermeld in de onderstaande tabel. Daarin is ook bij elke functie afzonderlijk aangegeven op hoeveel zorg u recht heeft (de klasse) en gedurende welke periode (aanvangstijd en einddatum).

Postbus:

Postcode: Gemeente:

Bezoekadres:

Contactpersoon:

Telefoon:

E-mail:

Overzicht van geïndiceerde functies, de klasse per functie en de vastgestelde duur van de zorg per functie. Voorts de grond(en) voor de geïndiceerde functie(s).

Functies (zie toelichting tabel 2)		Ingang indicatie per functie en einddatum indicatie per functie		Klasse (Zie tabel in de toelichting)	Additionele zorg boven de hoogste klasse in uren of dagdelen
1 Ondersteunende begeleiding algemeen Ondersteunende begeleiding dagprogramma Medische indicatie voor vervoer	OB-ALG OB-DAG vervoer: ja/nee	Van:	tot:		
2 Huishoudelijke verzorging	HV	Van:	tot:		
3 Persoonlijke verzorging	PV	Van:	tot:		
4 Verpleging	VP	Van:	tot:		
5 Activerende begeleiding algemeen Activerende begeleiding dagprogramma Medische indicatie voor vervoer	AB-ALG AB-DAG vervoer: ja/nee	Van:	tot:		
6 Behandeling	BH				
7 Verblijf	VB	Van:	tot:		
De grond(en) voor het indiceren van de genoemde functies zijn:					
Motivering indien meer uren of dagdelen zijn geïndiceerd dan de hoogste klasse:					

De geldigheidsduur van dit indicatiebesluit loopt tot *[datum van de langst durende geïndiceerde functie]*

Advies met betrekking tot overige voorzieningen:

onderzoeksformulier B10.3.3

Bezwaar

Als u bezwaar heeft tegen dit indicatiebesluit geldt het volgende.

Een belanghebbende kan tegen een besluit bezwaar maken op grond van artikel 7:1 van de Algemene wet bestuursrecht. Dit kan door een bezwaarschrift in te dienen bij het indicatieorgaan, genoemd in de aanhef van dit besluit.

De termijn voor het indienen van een bezwaarschrift bedraagt zes weken. De termijn vangt aan met ingang van de dag na de datum van dit besluit.

Postbus:

Postcode: *Gemeente:*

Bezoekadres:

Contactpersoon:

Telefoon:

E-mail:

Het bezwaarschrift wordt ondertekend door de indiener en bevat:

- de naam en het adres van de indiener,
- de dagtekening,
- een omschrijving van het bestreden besluit, bijvoorbeeld door vermelding van het nummer van het indicatiebesluit of het briefkenmerk;
- de gronden van het bezwaar.

Een afschrift van dit indicatiebesluit (*en de informatie uit het Informatieformulier zorgkantoor*) wordt toegestuurd aan het zorgkantoor in uw regio. (*adres van het zorgkantoor*)

Indien relevant: Een afschrift van dit indicatiebesluit en (de informatie uit) het Informatieformulier zorgkantoor wordt toegestuurd aan de zorginstelling. (adres van het zorgkantoor)

Namens het indicatieorgaan [*naam van het indicatieorgaan*]
naam van de ondertekenaar

Postbus:

Postcode: Gemeente:

Bezoekadres:

Contactpersoon:

Telefoon:

E-mail:

Informatieformulier voor het zorgkantoor (bijlage bij toezending indicatiebesluit)

Nummer aanvraag [Indicatieaanvraagnummer]

Cliëntnummer: [Cliëntnummer]

Indicatiebesluitnummer: [indicatiebesluitnummer]

Informatie uit Aanvraagformulier	
Aanvrager wil/overweegt een rsoonsgebonden budget: (A 2.3.3)	ja neen geen voorkeur
Aanvullende gegevens: (A2.5.1)	
Aanvrager heeft een of meer zorgaanbieders van voorkeur: (A 2.3.4)	ja neen
Zo ja: Naam en adres van de zorgaanbieder (s): 1) 2) 3)	
Niet gewenste zorgaanbieder(s) 4) 5) 6)	
Aanvrager heeft reeds contact met zorgaanbieder over de levering van zorg en vraagt vooralsnog geen bemiddeling van het zorgkantoor:	Ja zorgaanbieder genoemd onder: (nummer 1, 2 of 3 uit deze tabel) neen

Postbus:

Postcode: Gemeente:

Bezoekadres:

Contactpersoon:

Telefoon:

E-mail:

Advies omzetting indicatiebesluit in mogelijke zorgproducten

Voor de vertaling van de indicatie in "zorg in natura" is een conversietabel toegepast.

De geïndiceerde functies kunnen door een zorginstelling in de volgende vorm(en) worden aangeboden:

<i>Resultaten van de omzetting van functies in mogelijke zorgvoorzieningen</i>		
Functie(s)	Klasse/ opslag	zorgproduct dat op basis van functies/klassen in 2003 kan worden geleverd (conversietabel)
<i>OB</i>		Uitkomst conversietabel
<i>OB-DAG</i>		Product:
<i>HV</i>		Product:
<i>PV</i>		
<i>VP</i>		
<i>AB-DAG</i>		
<i>AB-DAG</i>		Leveringsvoorwaarden: (per functie OB, PV en VP)
<i>BH-ALG</i>		
<i>BH-VBF</i>		eventuele opmerkingen/aanvullende informatie
<i>BH-VBF</i>		
<i>VB-TYD</i>		
<i>VB-LDU</i>		

Regionaal indicatieorgaan naam indicatieorgaan

code indicatieorgaan

Postbus:

Postcode: Gemeente:

Bezoekadres:

Contactpersoon:

Telefoon:

E-mail:

Overige informatie aan het zorgkantoor met toestemming van de aanvrager

Informatie uit het indicatieonderzoek die van belang is voor het zorgkantoor	
Toezending formulier C	ja/nee
Overige informatie: <i>(alle overige informatie die naar het zorgkantoor wordt verzonden vanuit de formulierenset)</i>	

Postbus:

Postcode: Gemeente:

Bezoekadres:

Contactpersoon:

Telefoon:

E-mail:

Advies van het indicatieorgaan aan het College van B&W over de behoefte aan voorzieningen van de Wet voorzieningen gehandicapten.

De aanvrager stemt in met toezending van dit advies aan het gemeentebestuur van zijn woonplaats.

1	Cliëntnummer / naam Nummer advies Datum brief [datum 1] = datum advies
2	Op [datum 2] heefteen aanvraag gedaan voor een voorziening op grond van de Wvg; namelijk een vraag naar { rolstoel / vervoer / wonen }. De gewenste startdatum waarop de voorziening beschikbaar moet zijn is [datum 3] Het indicatieorgaan heeft deze aanvraag in behandeling genomen. Op grond van onderzoek adviseert het indicatieorgaan dat de vrager [<u>wel/niet</u>] in aanmerking komt voor de gevraagde Wvg-voorziening.
3	Het indicatieorgaan heeft vastgesteld dat de volgende verstrekking meest doeltreffend en doelmatig is:

Voorziening	Type verstrekking
Voorziening voor verplaatsen (rolstoel)	
Vervoersvoorziening	
Woonvoorziening	
Niet-bouwkundige woningaanpassing	
Bouwkundige woningaanpassing	
Woningsanering	
Tegemoetkoming kosten verhuizen	
Overige	

* Vanuit geautomatiseerd C-formulier staan hier vermeld: de relevante voorziening en verstrekking

4	De geadviseerde voorziening/verstrekking is nodig - van :(datum) - tot: (datum) of onbepaalde tijd
5	*

* vrager kan bezwaar en beroep aantekenen tegen *besluit* van gemeentebestuur; niet tegen Wvg-advies van RIO

Postbus:

Postcode: Gemeente:

Bezoekadres:

Contactpersoon:

Telefoon:

E-mail:

Bijlage Wvg-procedure Indicatieproces Wvg

		RIO-nummer =
Vrager Wvg	Naam =	Cliëntnummer =
Datum aanvraag Wvg	Datum =	
Datum besluit Wvg	Datum =	Besluitnummer =

Aanvraagformulier ontvangen	<input type="checkbox"/> Niet *	<input type="checkbox"/> Wel	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XX
Dossieronderzoek gedaan	<input type="checkbox"/> Niet *	<input type="checkbox"/> Wel	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XX
Raadpleging vrager: telefoon	<input type="checkbox"/> Niet *	<input type="checkbox"/> Wel	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XX
Raadpleging vrager: huisbezoek	<input type="checkbox"/> Niet *	<input type="checkbox"/> Wel	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XX
Raadpleging huisarts, verwijzer, behandelaar, etc.	<input type="checkbox"/> Niet *	<input type="checkbox"/> Wel	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XX
Aanvullend extern onderzoek op verzoek van indicatieorgaan	<input type="checkbox"/> Niet *	<input type="checkbox"/> Wel	Datum ontvangst onderzoek:
Bespreking onderzoek en advies (deel C) in MDT	<input type="checkbox"/> Niet *	<input type="checkbox"/> Wel	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XX
Vraag is ingetrokken of vervallen (daarom geen advies/besluit)	<input type="checkbox"/> Niet *	<input type="checkbox"/> Wel	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XX

* in software zullen alleen "wel"-antwoorden verschijnen, die de indicatiesteller kan aanklikken

	Wvg-advies: autorisatie	
Advies aan gemeentebestuur	<input type="checkbox"/> Wel	Datum:
Autorisatie	Naam: Functie:	Handtekening