# Formulier vertegenwoordiger

| |
|---|
| Cliëntnaam: |
| Geboortedatum: |
| Cliëntcode (indien bekend): |

## Beslist u zelf over zorg, behandeling en ondersteuning?

| | | |
|---|---|---|
| O | Ja | U hoeft dit formulier niet in te vullen en niet terug te sturen. |
| O | Nee | Ga verder met stap 1. |

## 1. Heeft u een vertegenwoordiger? Kruis aan bij welke categorie de vertegenwoordiger hoort:

| | | |
|---|---|---|
| O | Curator | Voeg een kopie van de beschikking(en) van de rechtbank toe. Ga verder met stap 3. |
| O | Mentor | Voeg een kopie van de beschikking(en) van de rechtbank toe. Ga verder met stap 3. |
| O | Bewindvoerder | Voeg een kopie van de beschikking(en) van de rechtbank toe. Ga verder met stap 4. |
| O | Vertegenwoordiger **zorg**, schriftelijk gemachtigd | Voeg een kopie van de machtiging toe en vul de gegevens in bij stap 2. |
| O | Vertegenwoordiger **financieel**, schriftelijk gemachtigd | Voeg een kopie van de machtiging toe. Ga verder met stap 4. |
| O | Familielid als vertegenwoordiger **zorg** | Partner / ouder / kind / broer / zus / kleinkind<br>Vul de gegevens in bij stap 2. |
| O | Nee | U hoeft dit formulier niet in te vullen en niet terug te sturen. |

| **Formulier vertegenwoordiger** |
|---|
| Cliëntnaam: ……..…… Geboortedatum: …….…… Cliëntcode (indien bekend): …… |

## 2. Vul de gegevens van de vertegenwoordiger zorg in:

| | Vertegenwoordiger **zorg**: |
|---|---|
| Achternaam & voorvoegsels: | |
| Voorletter(s): | |
| Geslacht: | M / V / X |
| Roepnaam: | |
| E-mail: | |
| Relatie tot cliënt: | O Partner<br>O Ouder<br>O Kind<br>O Broer / zus<br>O Kleinkind |
| Telefoonnummer: | |
| Straat en huisnummer: | |
| Postcode en woonplaats: | |

**Formulier vertegenwoordiger**

Cliëntnaam: ……..…… Geboortedatum: ……. Cliëntcode (indien bekend): ……

## 3. Cliëntportaal

De vertegenwoordiger **zorg** krijgt op aanvraag een account voor Cliëntportaal PUUR. van jou bij Oktober.

## 4. Verklaring van juistheid van gegevens

Door indiening van dit formulier verklaart de inzender dat de verstrekte gegevens correct en naar waarheid zijn ingevuld.

## 5. Verzenden

Scan het ingevulde formulier en verzend het met de gevraagde documenten naar c.administratie@zorginoktober.nl

Of stuur het formulier met de gevraagde documenten per post naar de Cliëntenadministratie van Oktober, antwoordnummer 5531, 5530 ZX Bladel. Een postzegel plakken is niet nodig.