



\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

### Antrag auf Zuschuss für eine Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes

Ich beantrage einen finanziellen Zuschuss für eine Umbaumaßnahme zur Verbesserung meines individuellen Wohnumfeldes, weil dadurch

- ☐ die häusliche Pflege überhaupt erst möglich wird.
- ☐ die häusliche Pflege erheblich erleichtert und damit eine Überforderung der Leistungskraft des Pflegebedürftigen und des Pflegenden verhindert wird.
- ☐ eine möglichst selbstständige Lebensführung wiederhergestellt beziehungsweise ermöglicht und somit die Abhängigkeit vom Pflegenden verringert wird.

Die bisherigen wohnlichen Verhältnisse sind nicht ausreichend, weil

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Zur Verbesserung ist folgende Maßnahme vorgesehen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die Gesamtkosten betragen voraussichtlich \_\_\_\_\_ Euro.

- ☐ Der Zuschuss der Pflegekasse soll auf das bekannte Pflegegeldkonto überwiesen werden
- ☐ Ich trete meinen Leistungsanspruch ab. Hierfür reiche ich Ihnen die auf mich lautende Rechnung des Handwerkers ein, ohne diese bereits gezahlt zu haben. Der Zuschuss der Pflegekasse soll daher auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
Adresse Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_  
BIC: \_\_\_\_\_  
Bank: \_\_\_\_\_

Name:

Versichertennummer

Es befinden sich mehrere Pflegebedürftige in der Wohnung:

- ☐ Nein  
☐ Ja

---

Name Pflegebedürftiger, Krankenkasse, Pflegegrad

---

Name Pflegebedürftiger, Krankenkasse, Pflegegrad

---

Name Pflegebedürftiger, Krankenkasse, Pflegegrad

---

Name Pflegebedürftiger, Krankenkasse, Pflegegrad

---

Ich habe bereits zu einem früheren Zeitpunkt Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes erhalten:

- ☐ Nein  
☐ Ja, im \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

Der Kostenträger war

- ☐ die Pflegekasse bei der AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen  
☐ \_\_\_\_\_

Ich erhalte/habe beantragt vergleichbare Pflegeleistungen von anderen Stellen:

- ☐ Nein  
☐ Ja
- ☐ Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z. B. Rehabilitation)
  - ☐ Leistungen der Altenhilfe
  - ☐ Leistungen im Rahmen der Kriegsopferfürsorge
  - ☐ Leistungen im Rahmen der Unfallversicherung

---

Datum und Unterschrift des/der Versicherten/Betreuers/Betreuerin/Bevollmächtigten/gesetzlichen Vertreters

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der leistungsrechtlichen Prüfung Ihres vorliegenden Antrages auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach § 40 Absatz 4 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.aok.de/nds/datenschutzrechte](http://www.aok.de/nds/datenschutzrechte)