

itte senden an:			PFLEGEKASSE				
-		Telefonische Erreichbarkeit: 040 325325555					
-		_					
Antrag auf finanziellen Z Wohnumfeldes	Zuschuss für	Maßnahmen	zur \	erbesse	erung	des	individuell
Allgemeine Angaben zum Pflege	ebedürftigen						
Name, Vorname			Gebur	sdatum	Krank	kenversi	cherten-Nr.
Anschrift			Vorwal	nl	Rufnumr	ner	
verwaltende, betreuende ode Unterstützung leistet. Ich beantrage einen finanziellen Zu Dusche oder eines Treppenliftes):							
Art der Maßnahme							
Alle Maßnahmen, die zum Zeitpunk werten. Diese gilt auch für Verbes Befahrbarmachung der Wohnung Türen eine Maßnahme dar.	serungsmaßnahme	n, die in Einzelso	chritten v	erwirklicht	werden	. So s	tellt z. B. bei
Leben mehrere Pflegebedürftige ir SGB XI), darf der Zuschuss den B ist auf 16.000,00 € begrenzt.							
☐ Ich füge diesem Antrag einen K	ostenvoranschlag b	oei.					
Ich habe Anspruch auf Entschädig	ungsleistungen weg	gen Pflegebedürft	igkeit				
nach dem Bundesversorgungs vorsehen	gesetz (§ 35 BVG) (oder nach Gesetz	zen, die	eine entsp	rechend	e Anw	endung des E
aus der gesetzlichen Unfallvers	orgung						
aus öffentlichen Kassen aufgrui	nd gesetzlich gereg	elter Unfallversor	gung od	er -fürsorg	Э		