

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Wohnort

**Pflegekasse bei der**

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

### **Antrag auf einen Zuschuss zu einer individuellen wohnumfeldverbessernden Maßnahme**

Ich beantrage einen finanziellen Zuschuss zu einer individuellen wohnumfeldverbessernden Maßnahme, weil dadurch

- ☐ die häusliche Pflege überhaupt erst möglich wird oder
- ☐ die häusliche Pflege erheblich erleichtert und damit eine Überforderung der Leistungskraft des Pflegebedürftigen und des Pflegenden verhindert wird oder
- ☐ eine möglichst selbstständige Lebensführung wiederhergestellt bzw. ermöglicht wird, 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 \_\_\_\_\_ EUR.  
(Kostenvoranschlag ist beigefügt bzw. liegt bereits vor)

Es befinden sich mehrere Pflegebedürftige in der Wohnung:

- ☐ Nein  
☐ Ja, insgesamt \_\_\_\_\_ Pflegebedürftige (bei mehr als vier weiteren Personen ist eine  
Anzahl Anlage beigefügt)

\_\_\_\_\_  
Name, Geburtsdatum, Krankenkasse, Pflegegrad

\_\_\_\_\_  
Name, Geburtsdatum, Krankenkasse, Pflegegrad

\_\_\_\_\_  
Name, Geburtsdatum, Krankenkasse, Pflegegrad

\_\_\_\_\_  
Name, Geburtsdatum, 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 der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

☐ \_\_\_\_\_

Ich erhalte vergleichbare Pflegeleistungen von anderen Stellen:

- ☐ Nein  
☐ Ja, ☐ Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z. B. von der gesetzlichen Rentenversicherung, der Unfallversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit)  
☐ Leistungen des Integrationsamtes  
☐ Leistungen im Rahmen der Unfallversicherung (z. B. Wohnungshilfe aufgrund eines Arbeitsunfalls)



\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten/  
Betreuers/gesetzlichen Vertreters