

Bitte senden an:

PFLEGEKASSE

Telefonische Erreichbarkeit:
040 32532555**Antrag auf finanziellen Zuschuss für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes****Allgemeine Angaben zum Pflegebedürftigen**

Name, Vorname

Geburtsdatum

Krankenversicherten-Nr.

Anschrift

Vorwahl

Rufnummer

Bitte nur ankreuzen, wenn eine der folgenden Wohnformen zutrifft:

- ☐ Ich lebe mit mehreren Pflegebedürftigen (mindestens Pflegegrad 1) in einer gemeinsamen Wohnung.
- ☐ Ich lebe mit mindestens zwei weiteren Pflegebedürftigen (mindestens Pflegegrad 1) in einer ambulant betreuten Wohngruppe mit häuslicher pflegerischer Versorgung, in der eine Präsenzkraft tätig ist, die organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten verrichtet oder hauswirtschaftliche Unterstützung leistet.

Ich beantrage einen finanziellen Zuschuss für die folgende(n) Maßnahme(n) (z. B. Verbreiterung von Türen, Einbau einer Dusche oder eines Treppenliftes):

Art der Maßnahme

Alle Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Zuschussgewährung erforderlich sind, sind als **eine** Verbesserungsmaßnahme zu werten. Diese gilt auch für Verbesserungsmaßnahmen, die in Einzelschritten verwirklicht werden. So stellt z. B. bei der Befahrbarmachung der Wohnung für den Rollstuhl nicht jede einzelne Türverbreiterung, sondern die Verbreiterung aller Türen **eine** Maßnahme dar.

Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung oder in einer ambulant betreuten Wohngruppe (§ 38a SGB XI), darf der Zuschuss den Betrag von 4.000,00 € je Anspruchsberechtigten nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag ist auf 16.000,00 € begrenzt.

- ☐ Ich füge diesem Antrag einen Kostenvoranschlag bei.

Ich habe Anspruch auf Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit

- ☐ nach dem Bundesversorgungsgesetz (§ 35 BVG) oder nach Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des BVG vorsehen
- ☐ aus der gesetzlichen Unfallversorgung
- ☐ aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder -fürsorge

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/ Betreuers/ Bevollmächtigten