

AOK Bremen/Bremerhaven
Pflegekasse
Hauptgeschäftsstelle Bremen
Postfach 10 79 63
28079 Bremen

Antrag auf einen Zuschuss zu einer individuellen wohnumfeldverbessernden Maßnahme vom

KV-Nummer: _____, Telefonnummer: _____

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 und somit die Abhängigkeit vom Pflegenden verringert wird.

Zur Verbesserung ist folgende Maßnahme vorgesehen:

Die bisherigen wohnlichen Verhältnisse sind nicht ausreichend, weil

Ist eine selbstständigere Lebensführung nach der Umbaumaßnahme möglich?

Wenn ja, welche?

Hat sich seit der letzten Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) die gesundheitliche Situation des Pflegebedürftigen verschlechtert?

Wenn ja, welche?

Wurden bereits Hilfsmittel zur Pflegeerleichterung in Anspruch genommen?

Wenn ja, welche?

Ist die häusliche Umgebung barrierefrei?

Gibt es:

	ja	nein	Anzahl Stufen
- Treppenstufen	()	()	_____
- Türschwellen	()	()	
- ebenerdige Dusche	()	()	
- erhöhte Toilette	()	()	
- verbreiterte Türen	()	()	

Die Gesamtkosten betragen voraussichtlich EUR _____.

(Bitte fügen Sie unbedingt einen Kostenvoranschlag bei. Notwendig für die Entscheidung ist es außerdem, dass aktuelle Fotos vor und nach dem Umbau vorliegen.)

Besteht nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen ein Anspruch auf Beihilfe/Heilfürsorge? () ja () nein

Es handelt sich um Wohnungseigentum () ja () nein

Wenn nein: Vermieter ist mit dem Umbau einverstanden () ja () nein

Es befinden sich mehrere Pflegebedürftige in der Wohnung:

Nein

Ja

Name, Geburtsdatum, Krankenkasse, Pflegegrad

Ich habe/andere Pflegebedürftige in der Wohnung haben bereits zu einem früheren Zeitpunkt Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes erhalten:

- Nein
- Ja, im _____ (Monat/Jahr)

Der Kostenträger war die Pflegekasse der folgenden Krankenkasse:

Ich erhalte/habe beantragte vergleichbare Pflegeleistungen von anderen Stellen:

- Nein
- Ja
 - Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
 - 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 Zweck der Prüfung der Leistungspflicht, der Gewährung von Leistungen, sowie der Durchführung von Erstattungsansprüchen erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und ggf. § 99 SGB X erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen, zu Leistungskürzung oder Leistungsversagen führen. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten sowie unsere Kontaktdaten finden Sie unter www.aok.de/hb/datenschutzrechte oder wenden Sie sich bei Fragen an die AOK Bremen/Bremerhaven, Bürgermeister-Smidt-Str. 95, 28195 Bremen.

Hinweise Ihrer Pflegekasse bei der AOK – Die Gesundheitskasse:

Bitte schicken Sie einen Kostenvoranschlag mit. Wird die Maßnahme von Angehörigen, Nachbarn oder Bekannten ausgeführt, können die tatsächlichen Aufwendungen (zum Beispiel Fahrkosten, Verdienstaussfall) und die Materialkosten berücksichtigt werden. Schicken Sie dazu bitte die entsprechenden Aufstellungen und Kalkulationen mit. Bei angemietetem Wohnraum sind die mietrechtlichen Fragen, die sich im Zusammenhang mit der Maßnahme ergeben, in eigener Verantwortung.