

# AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen

## Antrag auf einen Zuschuss für eine Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 40 Abs. 4 SGB XI)

/	
Name, Vorname des/der Pflegebedürftigen	Geburtsdatum/KV-Nummer
Anschrift	Telefon*
IBAN	Geldinstitut
BIC	Kontoinhaber/in

### Geplante Maßnahme

(Bitte vorliegende Kostenvoranschläge beifügen)

- Bauliche Veränderungen  
 Umzug in eine behindertengerechte Wohnung

Beschreibung der Baumaßnahmen:

---

---

---

Der geplante Umbau wird aus folgenden Gründen notwendig:

---

---

---

---

---

---

**Voraussichtliche Gesamtkosten**

ca. \_\_\_\_\_ EUR gemäß beiliegendem Kostenvoranschlag.

Es liegt kein Kostenvoranschlag vor; Gesamtkosten werden erwartet in Höhe von:

ca. \_\_\_\_\_ EUR

**Wer soll die geplante Maßnahme durchführen?**

<input type="checkbox"/> Handwerksbetrieb (Name und Anschrift)

<input type="checkbox"/> Sonstige (Name und Anschrift)

Wird die Maßnahme von Angehörigen, Nachbarn oder Bekannten ausgeführt, können entstandene Materialkosten und ein ggf. entstandener Verdienstausschlag berücksichtigt werden. Privat erbrachte Arbeitsleistungen können nicht bezuschusst werden.

Bitte bedenken Sie: Wir können uns nur beteiligen, wenn uns die quittierten Rechnungsbelege vorliegen. Senden Sie uns diese bitte nach Abschluss der Maßnahme zu. Vielen Dank.

Wenn Sie möchten, dass wir den Betrag nicht auf Ihr Konto, sondern direkt auf das Konto des genannten Handwerksbetriebs, Baufirma, Vermieter etc. überweisen, senden Sie uns bitte in jedem Fall eine Abtretungserklärung zu.

**Haben Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes erhalten?**

nein       ja      Kostenträger:  AOK Pflegekasse     \_\_\_\_\_

Es befinden sich mehrere Pflegebedürftige im Haushalt:

Nein       Ja,

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Pflegebedürftigen bzw. Bevollmächtigter

**Datenschutzhinweis:** Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Beantragung von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nach § 28 Abs. 1 Nr. 5 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 [aok.de/hessen/datenschutzrechte](http://aok.de/hessen/datenschutzrechte).

\* Die mit \* gekennzeichneten Angaben sind freiwillig und ermöglichen uns, bei Rückfragen schnell und einfach mit Ihnen Kontakt aufzunehmen.