

Antrag auf zusätzliche Leistungen in ambulant betreuten Wohngruppen

Angaben des/der Versicherten

Name, Vorname des/der Versicherten:		Geburtsdatum:	KV-Nummer:
Anschrift (Straße, PLZ, Ort):		Telefon*:	

Ich beantrage den pauschalen Wohngruppenzuschlag nach § 38 a SGB XI.

- Ich lebe mit mindestens zwei weiteren pflegebedürftigen Personen in einer gemeinsamen abgeschlossenen Wohnung (üblicherweise gemeinsame Küchen- und Badnutzung) mit häuslicher pflegerischer Versorgung:
 ja, seit _____ nein
- Die Wohngemeinschaft wurde zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung gegründet:
 ja, gegründet am _____ nein
- In der Wohngemeinschaft leben _____ pflegebedürftige Personen (Anzahl).
- Für die Bewohner der Wohngemeinschaft ist eine beauftragte Kraft tätig, die
 organisatorische verwaltende betreuende Aufgaben übernimmt.

Name, Vorname _____

Adresse _____

Telefonnummer* _____

Unterschrift der beauftragten Kraft

- Der pauschale Zuschlag soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber/in (Name, Vorname): _____

Straße, PLZ, Ort: _____

IBAN														BIC	Geldinstitut	
D	E															

- Ich habe folgende Unterlagen in Kopie beigelegt:
 - den Mietvertrag einschließlich eines Grundrisses der Wohnung
 - den Pflegevertrag mit dem Leistungserbringer, der die Pflege durchführt
 - die vereinbarten Aufgaben der beauftragten Kraft nach Punkt 4

Ich verpflichte mich, Änderungen der Verhältnisse, die Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben, unverzüglich mitzuteilen. Dies sind z.B. Ein- oder Auszug von Mitbewohnern, Umzug in ein Pflegeheim, Ausscheiden/Wechsel der beauftragten Kraft und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen.

Datum:	Unterschrift des/der Versicherten/Bevollmächtigten/Betreuers/in:
--------	--

Datenschutzhinweis:
 Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Nr. 3 SGB XI zum Zwecke der Bewilligung und Zahlung von zusätzlichen Leistungen in ambulanten Wohngruppen nach § 38 a 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.

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