

Pflegekasse der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland

Antrag auf zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

Name, Vorname des Pflegebedürftigen _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____ Versichertennummer _____

Telefon (*) _____

BIC _____ IBAN _____ Name der Bank _____ Kontoinhaber(in) _____

Ich beantrage einen pauschalen Wohngruppenzuschlag.

Anschrift der Wohngruppe: _____

1. Ich lebe mit mindestens zwei und höchstens 11 weiteren Personen in einer gemeinsamen abgeschlossenen Wohnung.

nein ja

Mindestens zwei weitere Personen erhalten Leistungen der sozialen Pflegeversicherung.

nein ja

Von einer gemeinsamen Wohnung kann gesprochen werden, wenn Sanitärbereich, die Küche und wenn vorhanden der Aufenthaltsraum einer abgeschlossenen Wohneinheit von allen Bewohnern jederzeit allein oder gemeinsam genutzt werden. Es handelt sich nicht um eine gemeinsame Wohnung, wenn die Bewohner in unterschiedlichen Apartments einer Wohnanlage oder eines Wohnhauses leben.

Bitte lassen Sie uns den Mietvertrag einschließlich eines Grundrisses der Wohnung zukommen.

2. Die Wohngemeinschaft wurde zum Zweck der gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung gegründet:

nein ja

Gründungsdatum der Wohngemeinschaft _____

Ich wohne seit _____ dem _____ in der Wohngemeinschaft.

3. Die Wohngemeinschaft wird durch eine gemeinsame Wohnungstür/Haustür verschlossen.

nein ja

4. In der Wohngemeinschaft ist eine gemeinschaftlich beauftragte Präsenzkraft tätig. Sie erledigt

- organisatorische verwaltende betreuende
 hauswirtschaftliche soziale Aufgaben

Name, Vorname

Adresse

Telefonnummer (*)

Unterschrift (Bitte Vertrag beifügen)

5. Durchführung der Pflege:

- Die Pflege übernehmen Angehörige/Bekannte:

Name, Vorname der Pflegeperson

Anschrift

Telefonnummer (*)

- Die Pflege erfolgt durch einen Pflegedienst (Pflegevertrag nach § 120 SGB XI bitte beifügen):

Name des Pflegedienstes

Anschrift

Telefonnummer (*)

6. Ich beziehe oder habe beantragt Beihilfe- oder Versorgungsleistungen

- nein ja, seit _____

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 pflegebedürftigen Mitbewohnern, Umzug in ein Pflegeheim, Ausscheiden/Wechsel der Pflegekraft/Präsenzkraft und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen.

Datenschutzhinweis: Die Daten werden ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Prüfung und Zahlung der zusätzlichen Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen nach § 38a SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen führen, da wir dann ggf. über die zusätzlichen Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen nicht entscheiden können (§ 66 Abs. 1 SGB I). Die Telefonnummern sind als freiwilliges Feld gekennzeichnet (*). Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme bei Rückfragen bitten wir Sie um Angabe der Telefonnummern.

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und Ihren Rechten finden Sie unter <https://aok.de/rps/datenschutzrechte>. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datschutz@rps.aok.de.

Datum, Unterschrift des/der Versicherten bzw. Betreuers/gesetzl. Vertreters