

Antrag auf einen pauschalen Wohngruppenzuschlag für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

Bitte alle Seiten ausfüllen und auf der Seite 2 unterschreiben
(die mit * gekennzeichneten Angaben erfolgen freiwillig!)

Nachname, Vorname der Versicherten	Geburtsdatum	Telefon-Nr. *
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl, Wohnort		KV-Nummer

Ich lebe mit mind. **zwei** und höchstens **elf** weiteren Personen in einer **gemeinsamen** abgeschlossenen Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung ambulant betreute Wohngruppe. Bei mindestens zwei weiteren Mitbewohnern liegt ein Pflegegrad 1 bis 5 vor:

Von einer gemeinsamen Wohnung wird gesprochen, wenn der Sanitärbereich, die Küche und - sofern vorhanden - der Aufenthaltsraum einer abgeschlossenen Wohneinheit von allen Bewohnern jederzeit allein oder gemeinsam genutzt und die Wohnung durch eine gemeinsame Wohnungs-/Haustür verschlossen werden kann.

Nein **Ja**

Die Wohngruppe wurde zur gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung gegründet:

Nein **Ja** Gründungsdatum: _____

Von den Mitgliedern der Wohngruppe wurde gemeinschaftlich eine Person beauftragt, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten zu verrichten oder hauswirtschaftliche Unterstützung zu leisten

Nein **Ja**

Nachname, Vorname der beauftragten Person	Telefonnummer
Unterschrift der beauftragten Person	

Wird in der Wohngruppe Intensivpflege durchgeführt?

Intensivpflege liegt vor, wenn ein auf die Pflege von schwerstpflegebedürftigen Personen spezialisierter Pflegedienst die häusliche Pflege sicherstellt (z. B. Beatmungspflege).

Ja **Nein**

Ich wohne bereits in der Wohngruppe **Nein** **Ja**

Ich ziehe ab _____ in die Wohngemeinschaft ein.

Ist durch den Einzug in die Wohngemeinschaft eine Änderung der pflegerischen Versorgung eingetreten? Zum Beispiel: Umstellung von Geld- auf Sachleistung oder auf die Kombination von Geld- und Sachleistung, Pflege durch andere Pflegeperson(en) oder Wechsel des Pflegedienstes? Wenn ja, dann bitte die nachfolgenden Fragen a) bzw. b) beantworten

Antrag auf einen pauschalen Wohngruppenzuschlag für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen

Nachname, Vorname der Versicherten	KV-Nummer
------------------------------------	-----------

a) Die Pflege übernehmen Angehörige/Bekannte:

Name, Vorname der Pflegeperson	Telefonnummer *
--------------------------------	-----------------

Name, Vorname der Pflegeperson	Telefonnummer *
--------------------------------	-----------------

b) Die Pflege erfolgt durch einen Pflegedienst:

Name des Pflegedienstes	Telefonnummer *
-------------------------	-----------------

Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beihilferechtlichen Vorschriften/Heilfürsorge, da

ich im öffentlichen Dienst oder bei einem Arbeitgeber, der sich an die Beihilfevorschriften im öffentlichen Dienst anlehnt, beschäftigt bin/war	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten/eines Elternteils erhalte	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
mein Ehegatte/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Bankverbindung:

IBAN	Kreditinstitut
Kontoinhaber(in)	

Ergänzende Angaben zum(r) Kontoinhaber(in) - für die Zustellung der Zahlungsmitteilung

Nur erforderlich, wenn Antragsteller(in) und Kontoinhaber(in) NICHT identisch sind.

Straße, Hausnummer	Telefon-Nr. *
Postleitzahl und Wohnort	

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, Änderung der Bankverbindung, und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen. Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

(online erstellt)

Datum	Name und Vorname des Versicherten, des Betreuers oder gesetzlichen Vertreters
--------------	--

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Nr. 3 SGB XI verarbeitet. Wir benötigen die Angaben zur Prüfung des Anspruchs auf den Wohngruppenzuschlag nach § 38 a SGB XI. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann über Ihren Anspruch auf den Wohngruppenzuschlag nicht entschieden werden (vgl. § 33 Abs. 1 SGB XI i. V. m. §§ 60 Abs. 1 und 66 Abs. 1 SGB I). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/bayern/datenschutzrechte oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.