

## Antrag auf Zuschuss zu einer Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon

### 1. Beschreibung der geplanten Maßnahme

### 2. Die Maßnahme ist aus folgenden Gründen erforderlich:

### 3. Dient die Maßnahme mehreren Pflegebedürftigen?

- Nein  
 Ja. Falls ja angekreuzt wird, bitte noch folgende Frage beantworten:

|  |              |
|--|--------------|
| Name, Vorname des pflegebedürftigen Mitbewohners | Geburtsdatum |
| versichert bei Pflegekasse                       | Pflegegrad   |

**Bei mehr als zwei pflegebedürftigen Mitbewohnern verwenden Sie bitte für die erforderlichen Angaben (Name, Vorname, Geburtsdatum, Pflegekasse, Pflegegrad) ein separates Beiblatt.**

**Wichtig! Es ist für jeden pflegebedürftigen Mitbewohner ein separater Antrag bei der jeweiligen Pflegekasse erforderlich.**

Werden in einer Wohnung, in der mehrere Pflegebedürftige wohnen, bauliche Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung durchgeführt, die mehreren Pflegebedürftigen dienen (z. B. Türverbreiterungen für zwei Rollstuhlfahrer), beträgt der Zuschuss je Person max. 4.000,00 EUR. Insgesamt ist der Zuschuss auf 16.000,00 EUR begrenzt.

### 4. Ich bin bereits für die Aufnahme in einem Pflegeheim angemeldet bzw. auf einer Warteliste vorgemerkt.

- Nein  
 Ja

### 5. Kosten der Maßnahme

Voraussichtliche Gesamtkosten: \_\_\_\_\_ EUR **(bitte Kostenvoranschlag beilegen)**

Berücksichtigt werden die **Materialkosten**, der **Arbeitslohn** (bei Ausführung durch Angehörige, Nachbarn oder Bekannte die nachgewiesenen Aufwendungen für Fahrkosten oder Verdienstaussfall) sowie **sonstige Kosten** (Statik-Gutachten, Gebühren für Bauanträge und Genehmigungen etc.).

**6. Bitte überweisen Sie den Zuschuss an folgende Bankverbindung:**

|                  |                |
|------------------|----------------|
| IBAN             | Kreditinstitut |
| Kontoinhaber(in) |                |

**7. Vorrangige Zuständigkeit anderer Sozialleistungsträger**

a) Ist die Maßnahme wegen der Folgen eines Arbeitsunfalls erforderlich?

Nein  Ja, zuständige Berufsgenossenschaft: \_\_\_\_\_

b) Die folgende Frage muss **nur** beantwortet werden, wenn Sie **berufstätig** sind.

Haben Sie für die geplante Maßnahme einen Antrag auf sonstige Hilfe zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung bei einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung (RV) oder einer Agentur für Arbeit gestellt?

Nein, Grund: \_\_\_\_\_

Ja, am \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_  
Anschrift des RV-Trägers bzw. der Dienststelle der Agentur für Arbeit

Der Antrag:  läuft noch  wurde abgelehnt  wurde genehmigt (bitte Nachweis vorlegen)

Sind Sie schwerbehindert?

Nein  Ja, Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_ Prozent

**§ 2 Abs. 2 und Abs. 3 SGB XI Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX):**  
Menschen sind schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 % vorliegt. Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden sollen behinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50 %, aber wenigstens 30 %, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen).

c) Diese Frage muss **nur** beantwortet werden, wenn Sie **berufstätig und schwerbehindert** sind.

Haben Sie für die geplante Maßnahme einen Antrag auf begleitende Hilfe im Arbeitsleben zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung beim Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) gestellt?

Nein, Grund: \_\_\_\_\_

Ja, am \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_  
Anschrift Regionalstelle Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS)

Der Antrag:  läuft noch  wurde abgelehnt  wurde genehmigt (bitte Nachweis vorlegen)

Die Regionalstellen des Zentrums Bayern Familie und Soziales (ZBFS) (bis 31.07.2005 Integrationsämter) können im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die begleitende Hilfe im Arbeitsleben aus den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln auch Geldleistungen erbringen, insbesondere an schwerbehinderte Menschen zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung (§ 102 Sozialgesetzbuch IX, § 22 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung).

**Datum und Unterschrift 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 wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nach § 40 Abs. 4 SGB XI. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann über Ihren Anspruch auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen 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](http://www.aok.de/bayern/datenschutzrechte) oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.