

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen

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

Name, Vorname der/des 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 ist aus folgenden Gründen notwendig:

Voraussichtliche Gesamtkosten

ca. _____ Euro gemäß beiliegendem Kostenvoranschlag.

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

ca. _____ Euro gemäß beiliegendem Kostenvoranschlag.

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, Bekannten oder Nachbarinnen und Nachbarn ausgeführt? Dann können wir einen möglichen Verdienstausschlag sowie Materialkosten berücksichtigen. Die Helferinnen oder Helfer müssen dazu ihren tatsächlichen Lohnausfall nachweisen.

Belege nicht vergessen: Wir können uns nur beteiligen, wenn uns die quittierten Rechnungen vorliegen. Kopien reichen aus. Senden Sie uns diese bitte nach Abschluss der Maßnahme zusammen mit Fotos vom fertigen Umbau zu. Vielen Dank.

Sie möchten, dass wir den Betrag nicht auf Ihr Konto überweisen, sondern direkt auf das Konto des genannten Handwerksbetriebs, der Baufirma, des Vermieters etc.? Dann senden Sie uns bitte unbedingt eine Abtretungserklärung zu.

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

nein ja Kostenträger: AOK Pflegekasse _____

Gibt es weitere Pflegebedürftige im Haushalt, die ebenfalls diese Maßnahme benötigen und beantragen?

Nein Ja,

Name, Geburtsdatum, Krankenkasse, Pflegegrad, KV-Nummer

Name, Geburtsdatum, Krankenkasse, Pflegegrad, KV-Nummer

Name, Geburtsdatum, Krankenkasse, Pflegegrad, KV-Nummer

Name, Geburtsdatum, Krankenkasse, Pflegegrad, KV-Nummer

Ort, Datum

Unterschrift des Pflegebedürftigen bzw. Bevollmächtigter

<p>Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Absatz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) zum Zwecke der Beantragung und Zahlung von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nach § 40 Abs. 4 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.</p>
--

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