

**Finanzieller Zuschuss zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes**

1. \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname des Pflegebedürftigen) (Geb.-Datum) (Versicherungsnummer)

\_\_\_\_\_  
(PLZ, Wohnort, Straße)

2. Ich beantrage einen finanziellen Zuschuss zur Verbesserung meines individuellen Wohnumfeldes.

a) Genaue Beschreibung der Maßnahme **(wenn vorhanden Plan/Pläne beifügen)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Beschreibung der konkreten Wohnsituation / IST-Situation? **(bitte Bilder/Fotos der umzuändernden Räumlichkeiten beifügen)**

\_\_\_\_\_

c) Genaue Beschreibung des Zweckes, der mit der Maßnahme erreicht werden soll (z.B. bodengleicher Duschzugang)

\_\_\_\_\_

d) Beschreibung der Einschränkungen, die die Maßnahme erforderlich machen

\_\_\_\_\_

e) Werden noch weitere Umbaumaßnahmen erwogen? (wenn ja: zu welchem Zweck)

\_\_\_\_\_

f) Wurden Alternativen in Anspruch genommen, z.B. durch Hilfsmittel, wie Badewannendifter?

\_\_\_\_\_

g) Wie hoch sind die Gesamtkosten der Maßnahme? **(Bitte Kostenvoranschlag beifügen, Zuschüsse anderer Träger bitte in Abzug bringen?)**

\_\_\_\_\_ EURO

3. Die Maßnahme(n) soll(en) durchgeführt werden

a) am Eigenheim/an der Eigentumswohnung  JA  NEIN

b) an Mieteigentum  JA  NEIN

Liegt das Einverständnis des Vermieters vor?  JA  NEIN

Name/Anschrift des Vermieters \_\_\_\_\_

4. Ich habe einen Anspruch auf Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit

a) nach dem Bundesversorgungsgesetz (§ 35) oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen  JA  NEIN

b) aus der gesetzlichen Unfallversicherung  JA  NEIN

c) aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge  JA  NEIN

5. Nur zu beantworten von berufstätigen Pflegebedürftigen, die schwerbehindert sind (§ 1 SchwbG)

Grad der Behinderung \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Die Hauptfürsorgestellen und die örtlichen Fürsorgestellen können im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die begleitende Hilfe im Arbeits- und Berufsleben Geldleistungen zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen des Schwerbehinderten entspricht, gewähren (§ 31 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Buchst. d. SchwbG). Ferner können im Rahmen der begleitenden Hilfe im Arbeits- und Berufsleben Geldleistungen zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung erbracht werden (§ 17 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchst. d. i.V.m. § 22 Schwerbehinderten-AusgleichsabgabeVO – SchwgAV).

Ich habe den Antrag auf begleitende Hilfe im Arbeitsleben zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung bei der Hauptfürsorgestelle/örtliche Fürsorgestelle gestellt.

NEIN, weil \_\_\_\_\_

JA, am \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_  
(Anschrift der Stelle)

Aktenzeichen \_\_\_\_\_

6. Es leben mehrere Pflegebedürftige in der Wohnung  JA  NEIN

Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse	Pflegegrad

7. Die Bezuschussung dieser Maßnahme wurde bereits für eine im gleichen Haushalt lebende Person beantragt  JA  NEIN

Wenn JA: \_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift der Stelle, Antragsdatum)

8. Dieser Antrag erfolgt auf Anregung
- des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)
  - der Pflegefachkraft
  - einer sonstigen Person/Institution (Name/Anschrift)

**Datenschutzhinweis:** Die Daten werden ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Prüfung und Zahlung finanzieller Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes nach § 40 Abs. 4 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 finanziellen Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes nicht entscheiden können (§ 66 Abs. 1 SGB I). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und Ihren Rechten finden Sie unter <https://aok.de/rps/datenschutzrechte>. Bei Fragen wenden Sie sich an die, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg oder unseren Datenschutzbeauftragten unter [datenschutz@rps.aok.de](mailto:datenschutz@rps.aok.de)

Als Versicherter der können Sie eine Pflegeberatung nach den §§ 7a und 7b SGB XI in Anspruch nehmen. Die Pflegeberatung ist eine individuelle Beratung. Sie bietet Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind. Sofern Sie damit einverstanden sind, leitet die Pflegekasse Ihre Daten an Pflegeberater des für Sie zuständigen Pflegestützpunktes weiter, soweit sie für die Pflegeberatung erforderlich sind. Hierzu dient die nachfolgende zusätzliche Einwilligungserklärung (\*).

**Einwilligungserklärung (\*)**

<sup>1</sup> Ja, ich bin damit einverstanden, dass die zum Zwecke der Pflegeberatung meine Daten an Pflegeberater weiterleiten kann, soweit sie für die Pflegeberatung erforderlich sind. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.  
<sup>1</sup> Ankreuzfeld

Die zusätzliche Einwilligungserklärung (\*) erfolgt auf freiwilliger Basis. Ihr Einverständnis können Sie ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Datenerhebung/-verarbeitung. Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg wahrnehmen.

\_\_\_\_\_  
(Datum, Unterschrift des Versicherten)