

Deutsche Post 
ANTWORT

**Antrag auf Bezuschussung
wohnumfeldverbessernder Maßnahmen (§ 40 Abs. 4 SGB XI)**

Leistungen werden beantragt für _____

geb. am _____ Servicezeichen _____

Welche (Umbau-)Maßnahme(n) soll(en) durchgeführt werden?

Aus welchen Gründen ist/sind die geplante(n) Maßnahme(n) erforderlich?

Leben Sie mit weiteren pflegebedürftigen Personen zusammen, die ebenfalls einen Antrag auf Bezuschussung der Maßnahme(n) gestellt haben?

- Nein, die beantragte(n) Maßnahme(n) wird/werden von keinen weiteren Personen benötigt.
- Ja, ich lebe mit _____ weiteren pflegebedürftigen Personen (mindestens Pflegegrad 1) zusammen, die ebenfalls einen Nutzen aus der/den Maßnahme(n) ziehen und daher auch einen Antrag auf Bezuschussung bei ihrer jeweiligen Pflegekasse gestellt haben.

Wurden in der Vergangenheit bereits Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes bezuschusst?

- Eine Bezuschussung von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen ist bislang nicht erfolgt.
- Ich habe bereits zu einem früheren Zeitpunkt Leistungen zur Verbesserung meines Wohnumfeldes erhalten.

Zeitpunkt der Zuschussgewährung:

Monat/Jahr

Kostenträger

Name der Pflegekasse/des Kostenträgers

Seit der letzten Zuschussgewährung hat sich die Pflegesituation wie folgt geändert:

Zur Beurteilung des Antrages bzw. zur Gewährung des Zuschusses liegen dem Antrag folgende Unterlagen bei:

- Kostenvoranschlag über die durchzuführende(n) Maßnahme(n)
- Skizze oder Fotos* der aktuellen Wohnsituation, die von der Umbaumaßnahme betroffen ist
- Rechnung(en) bereits durchgeführter Maßnahme(n)

Ich habe einen Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen.

Nein

ja

Die Angaben werden zur Erfüllung der Aufgaben der Pflegekasse bei der KKH nach §§ 60 SGB I, 50 und 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Bearbeitung Ihres Antrags auf Gewährung eines Zuschusses zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nach § 40 Abs. 4 SGB XI erhoben und verarbeitet. Näheres zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte unserer Internetseite kkh.de/datenschutz.

Ort und Datum

Unterschrift**

* hilfreich (aber nicht zwingend erforderlich) für die Beurteilung der pflegerischen Notwendigkeit der Maßnahme(n)

** Unterschrift des Versicherten, seines Bevollmächtigten/Betreuers (Nachweis hierzu bitte beifügen) oder des Erziehungsberechtigten (nur wer das 15. Lebensjahr vollendet hat, kann selbst Anträge auf Sozialleistungen stellen; andernfalls bitte Unterschrift des gesetzlichen Vertreters)