



WMF Betriebskrankenkasse

Finanzieller Zuschuss zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes

1. _____
Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____ Versicherungsnummer _____

Telefon _____

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

Beschreibung mit Gesamtkosten der Maßnahme (**bitte Kostenvoranschlag und eine vorher – nachher Skizze beifügen**) - Zuschüsse anderer Träger sind abzuziehen:

3. (1) Ich habe einen Anspruch auf Entschädigung wegen Pflegebedürftigkeit

- a) nach dem Bundesversorgungsgesetz (§35) oder nach dem Gesetz, 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

(2) Nur zu beantworten von berufstätig Pflegebedürftigen, die schwerbehindert sind (§ 1 SchwbG).

Grad der Behinderung _____ seit _____.

Die Hauptfürsorgestelle und die öffentlichen 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 nachgehenden Hilfe im Arbeitsleben Leistungen zur Beschäftigung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung gewähren (§ 17 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchst. d in Verb. mit § 22 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung – SchebAV).

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

ja, am _____ bei _____
Anschrift der Stelle

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

nein, Grund _____

4. Bei diesem Antrag hat mitgewirkt: _____
Name, Vorname, Anschrift, Tel-Nr., Stellung zum Pflegebedürftigen

5. Dieser Antrag erfolgt auf Anregung des MDK
 der Pflegefachkraft
 sonstige: _____

Datum, Unterschrift des Versicherten

Datenschutzhinweis: Die Erhebung der Daten beruht auf § 40 Abs. 4 SGB XI. Die Daten werden für die Leistungserbringung benötigt.