

# ANTRAG

## AUF FINANZIELLEN ZUSCHUSS ZUR VERBESSERUNG DES INDIVIDUELLEN WOHNUMFELDES



BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

### 1. ANGABEN ZUR PERSON

Bitte vollständig ausfüllen!

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Versicherten-Nr.:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Pflegegrad: 1  2  3  4  5

### 2. ZUSCHUSS

Ich beantrage einen finanziellen Zuschuss zur Verbesserung meines individuellen Wohnumfeldes. Beschreibung mit Gesamtkosten der Maßnahme (Zuschüsse anderer Träger sind abzuziehen):

**Dem Antrag ist ein Kostenvoranschlag beizufügen!**

### 3. ANSPRUCH AUF ENTSCHÄDIGUNGSLEISTUNGEN WEGEN PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

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

nein  ja

b) aus der gesetzlichen Unfallversicherung

nein  ja

c) Aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge

nein  ja

### 3.1 NUR ZU BEANTWORTEN VON SCHWERBEHINDERTEN PFLEGEBEDÜRFTIGEN MENSCHEN, DIE BERUFSTÄTIG SIND

Grad der Behinderung:  seit:

Die 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 und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung (§ 102 Sozialgesetzbuch IX, § 22 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung).

Ich habe einen Antrag auf begleitende Hilfe im Arbeitsleben zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung beim Integrationsamt gestellt:

nein, Grund:



ja, am:  bei

(Anschrift des Integrationsamtes):

Der Antrag  läuft noch  wurde abgelehnt  wurde genehmigt

Bitte Nachweis beifügen!

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

<b>ANGABEN ZUR PERSON</b>		 Bitte vollständig ausfüllen!
Name, Vorname:	Versicherten-Nr.:	
<b>Dieser Antrag erfolgt auf Anregung:</b>		
<input type="checkbox"/>	des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)	
<input type="checkbox"/>	der Pflegefachkraft	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ort, Datum	 Unterschrift des Versicherten	

**Datenschutzhinweis:**

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