

ANTRAG

AUF FINANZIELLEN ZUSCHUSS ZUR VERBESSERUNG DES INDIVIDUELLEN WOHNUMFELDES



BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

1. ANGABEN ZUR PERSON

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Versicherten-Nr.:

Anschrift:

Telefon:

Versichert als: (z. B. Arbeitnehmer, Selbständiger, Familienangehöriger, Rentner):

2. ZUSCHUSS

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

Bitte Kostenvoranschlag beifügen!

3.1 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 Unfallversicherung oder Unfallfürsorge ja nein

3.2 Nur zu beantworten von schwerbehinderten pflegebedürftigen Menschen, die berufstätig sind.

Grad der Behinderung seit

Die Integrationsämter (bis 30.06.2001 Hauptfürsorgestellen) 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, Ausstattung 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:

ja, am: bei (Anschrift des Integrationsamtes):

Der Antrag läuft noch wurde abgelehnt wurde genehmigt Bitte Nachweis vorlegen!

nein, Grund:

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

4. DATEN ZUR ANTRAGSERFASSUNG	
Bei diesem Antrag hat mitgewirkt:	
Name:	Vorname:
Telefon:	
Stellung zum Pflegebedürftigen (z. B. Bevollmächtigter):	
Dieser Antrag erfolgt auf Anregung:	
<input type="checkbox"/> des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)	
<input type="checkbox"/> der Pflegefachkraft	
X	X
Ort, Datum	 Unterschrift des Versicherten

Datenschutzhinweis:

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