

# 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:	
Name der Bank:	Kontoinhaber*in:	
IBAN:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pflegegrad:	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>

2. ZUSCHUSS
<p>Ich beantrage einen finanziellen Zuschuss zur Verbesserung meines individuellen Wohnumfeldes. Beschreibung mit Gesamtkosten der Maßnahme (Zuschüsse anderer Träger sind abzuziehen):</p> <p> <b>Dem Antrag ist ein Kostenvoranschlag beizufügen!</b></p>

3. ANSPRUCH AUF ENTSCHÄDIGUNGSLEISTUNGEN WEGEN PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	
a) nach dem Bundesversorgungsgesetz (§ 35) oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
b) aus der gesetzlichen Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
c) Aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

**ANGABEN ZUR PERSON** Bitte vollständig ausfüllen!

Name, Vorname:

Versicherten-Nr.:

**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!

**Dieser Antrag erfolgt auf Anregung:**

des Medizinischen Dienstes (MD)

der Pflegekraft

**Datenschutzhinweis!**


Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben erfüllen zu können. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie unter <https://www.bkk-vdn.de/datenschutz>. Auf Wunsch senden wir Ihnen die Informationen per E-Mail oder postalisch zu.

Ich bin damit einverstanden, dass die BKK VDN die von mir angegebenen persönlichen Daten speichert und nutzt, um mich beraten, meine Anliegen zügig bearbeiten und hierfür ggf. kontaktieren zu können. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

X

Ort, Datum

X

 Unterschrift des Versicherten