

Ihre Krankenkasse

Musterantrag auf einen Zuschuss für eine Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 40 Abs. 4 SGB XI)

Name, Vorname des/der Pflegebedürftigen

Name der Bank

Anschrift

Kontoinhaber/in

Geburtsdatum/KV-Nummer

IBAN

Telefonnummer

BIC

Geplante Maßnahme

(fügen Sie bitte den vorliegenden Kostenvoranschlag bei)

- Bauliche Veränderungen
- Umzug in eine behindertengerechte Wohnung

Beschreibung der (Bau-)Maßnahmen:

Aus folgenden Gründen ist der geplante Umbau notwendig:

Voraussichtliche Gesamtkosten

ca. Euro bezüglich des beiliegenden Kostenvoranschlages.

Kostenvoranschlag liegt nicht vor. Veranschlagte Gesamtkosten in Höhe von:

ca. Euro.

Unternehmen, das die geplante Maßnahme durchführen wird:

Handwerksbetrieb (Name und Anschrift)

Sonstige (Name und Anschrift)

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Wird die Maßnahme von Bekannten oder Angehörigen ausgeführt, werden die tatsächlichen Aufwendungen berücksichtigt (z. B. Verdienstaussfall oder Fahrtkosten).

Für eine Bezuschussung werden die quitierten Rechnungsbeläge benötigt.

(Senden Sie diese bitte nach Fertigstellung der Maßnahme Ihrer Krankenkasse zu).

Soll der Zuschuss direkt auf das Konto des Auftragnehmers (Handwerksbetrieb, Sonstige) überwiesen werden, benötigt Ihre Krankenkasse in jedem Fall eine Abtretungserklärung.

Wurden bereits zu einem früheren Zeitpunkt Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes beansprucht?

Nein Kostenträger: (Krankenkasse)

Ja Sonstige:

Es sind mehrere Pflegebedürftige im Haushalt vorhanden:

Nein Ja

Name	Geburtsdatum	Krankenkasse	Pflegegrad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Geburtsdatum	Krankenkasse	Pflegegrad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Geburtsdatum	Krankenkasse	Pflegegrad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name	Geburtsdatum	Krankenkasse	Pflegegrad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ort, Datum

Unterschrift des Pflegebedürftigen bzw. des Bevollmächtigten

Datenschutzhinweis der Krankenkasse (§ 67a Abs. 3 Sozialgesetzbuch X):

Um unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen zu können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 28 SGB XI zu erheben. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen.