

Antrag auf Zuschuss bei Wohnumfeldverbesserung

| | | |
|-------------------------------------|--------------|--------------------|
| Name, Vorname des Pflegebedürftigen | Geburtsdatum | Versichertennummer |
| Anschrift | | Telefon |
| IBAN | BIC | Bank/Geldinstitut |
| | | Kontoinhaber |

Ich erhalte bereits Leistungen der Pflegeversicherung:

Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

Ich erhalte aufgrund einer Behinderung, eines Arbeitsunfalls bzw. einer Berufskrankheit, eines Versorgungsleidens Leistungen von der/dem

Rentenversicherung Unfallversicherung Versorgungsamt (z.B. BVG) Agentur für Arbeit / ARGE

Folgende Leistungen beziehe ich:

Ich habe bereits einen Antrag bei dem o.g. Träger gestellt ja nein abgelehnt bekommen

Der behandelnde Arzt ist

Name und Anschrift des Hausarztes oder Facharztes

Ich wohne in: einer eigenen Wohnung / einem eigenem Haus einer Mietwohnung (Umbauten nur mit Zustimmung des Vermieters!)
 einer häuslichen Wohngruppe / Wohngemeinschaft mit mehreren nicht verwandten Pflegebedürftigen

Beschreibung der Maßnahme mit Zeitplanung:

Voraussichtliche Kosten (ggf. Kostenvoranschläge beifügen):

Ich wohne zusammen mit anderen Pflegebedürftigen, die nicht mit mir verwandt sind

| Name, Vorname, Geburtsdatum | versichert bei (Kranken-/Pflegekasse) | Pflegegrad |
|-----------------------------|---------------------------------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass der Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung von dem oben genannten, mich behandelnden Arzt Auskünfte erteilt werden. Ich willige zudem ein, dass dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung von meinem behandelnden Arzt, von Krankenhäusern und von den mich pflegenden Personen ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Verfügung gestellt werden, soweit diese für den Antrag benötigt werden. Ich bin ferner damit einverstanden, dass Krankenkasse, Pflegekasse und Hilfsmittelberater personenbezogene Daten, die ihnen von einem Arzt zugänglich gemacht worden sind, im erforderlichen Umfang gemeinsam verarbeiten und nutzen (§96 Abs. 2 SGB XI). Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Bei diesem Antrag hat mitgewirkt:

X

Datum, Unterschrift des Versicherten

Name, Vorname, Anschrift, Tel.-Nr.,
Stellung zum Pflegebedürftigen (z. B. Bevollmächtigter)

Datenschutzhinweis: Die Datenerhebung beruht auf § 67a Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch (SGB X) i. V. m. § 60 Sozialgesetzbuch, Erstes Buch (SGB I) und ist zur Entscheidung über die Gewährung der beantragten Leistung(en) erforderlich. Die Angabe der E-Mail-Adresse und Telefonnummer ist freiwillig. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und über Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung erhalten Sie auf unserer Homepage unter www.skd-bkk.de/555-0-Datenschutzrecht-EU-DSGVO.