

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

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Welche Umbaumaßnahme(n) zur Verbesserung des Wohnumfeldes ist/sind vorgesehen?
Bitte möglichst detailliert und soweit mehrere Maßnahmen vorgesehen sind, getrennt angeben.

2. Skizzieren Sie bitte den Grundriss Ihrer Wohnung auf einem gesonderten Blatt und kennzeichnen Sie bitte die einzelnen Räumlichkeiten. Wie ist die Beschaffenheit der Treppe innerhalb der Wohnung (Anzahl Stufen, Geländer, etc.)? Wenn möglich bitte Fotos der Treppe und der vom Umbau betroffenen Räume (vor dem Umbau) beifügen.

3. Wie hoch sind die geschätzten Gesamtkosten der Maßnahme? (Bitte Kostenvoranschlag beifügen, Zuschüsse anderer Kostenträger bitte hiervon abziehen)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Euro

4. Welche körperlichen und/oder geistigen Einschränkungen machen die Maßnahme erforderlich?

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Die häusliche Pflege wird durch die geplante Maßnahme

- erst ermöglicht.
- erheblich erleichtert.
- Es wird eine möglichst selbstständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt.

6. In welcher Wohnung/welchem Haus ist die Umbaumaßnahme vorgesehen? (Anschrift, Etage)

7. Seit wann leben Sie in dieser Wohnung/diesem Haus?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8. Ist der Umbau zu Ihrer alleinigen Nutzung vorgesehen?

- Ja
- Nein, der Umbau hat auch Vorteile für andere pflegebedürftige Mitbewohner.

Wenn Nein:

Nutzt Herr/Frau _____ den Umbau ebenfalls? Ja Nein

Bezieht er/sie Pflegeleistungen? Ja Nein

Er/Sie ist versichert bei: _____

9. Handelt es sich bei der Wohnung/dem Haus um Ihr Eigentum oder ein Mietobjekt?

- Eigentum
- Mietwohnung

Ist der Vermieter informiert? Ja Nein

Wurde vom Vermieter eine Zustimmung erteilt? Ja Nein

(Bitte Kopie der schriftlichen Zustimmung beifügen.)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. Nutzen Sie bereits Hilfsmittel (z. B. Badewannenlift, Rollstuhl, Duschsitz, Toilettensitzerhöhung, etc.)?

Nein

Ja, welche:

11. Wurde bereits ein Antrag auf eine wohnumfeldverbessernde Maßnahme gestellt?

Nein

Ja, am

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ein neuer Antrag wird gestellt weil,

12. Erhalten Sie bereits vergleichbare Pflegeleistungen/Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit oder haben Sie solche Leistungen bei einer anderen Stelle (z. B. Sozialhilfeträger, Unfallversicherungsträger, Landesamt, etc.) beantragt?

Nein

Ja, bei

Bezeichnung Kostenträger

Anschrift

13. Haben Sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge?

Ja Nein

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

14. Haben Sie bereits eine Pflegeberatung durch einen Pflegeberater des wohnortnahen Pflegestützpunktes oder einer anderen Beratungsstelle in Anspruch genommen?

Nein

Ja, bei

Bezeichnung

Anschrift

Mitarbeiter der Pflegestützpunkte in Ihrer Nähe beraten Sie unentgeltlich und unabhängig auch zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen.

