

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum:

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

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?

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, oder hat der Umbau auch Vorteile für andere pflegebedürftige Mitbewohner?

- Ja
- Nein

Wenn Nein:

Nutzt Herr/Frau _____ den Umbau ebenfalls? Ja Nein

Bezieht er/sie Pflegeleistungen? Ja Nein

Er/Sie ist versichert bei: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum:

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

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.)

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

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum:

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

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

Ja Nein

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.

Ergänzende Hinweise:

Eine konkrete Bezuschussung der geplanten Umbaumaßnahmen kann abschließend nur nach Vorlage **quittierter Rechnungsbelege** (Materialkosten, Arbeitslohn, Gebühren, etc.) erfolgen.

Übersenden Sie uns diese bitte nach **Abschluss der Maßnahme**.

Wird die Maßnahme von Angehörigen, Nachbarn oder Bekannten ausgeführt, sind die tatsächlichen Aufwendungen (z. B. Fahrkosten, Verdienstaussfall) zu berücksichtigen.

Einer Besichtigung der behindertengerechten Umbaumaßnahme nach Abschluss der Arbeiten wird zugestimmt.

Ort

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

Datum

Unterschrift der/des Versicherten/Bevollmächtigten

Datenschutzhinweis:

Diese Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Ansprüchen auf Leistungen der Pflegeversicherung führen.

Weitere Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.ikk-suedwest.de/datenschutzhinweise.