

IKK gesund plus
39092 Magdeburg

Antrag auf Leistung der IKK-Pflegeversicherung

Name, Vorname der/s Versicherten	Geburtsdatum/KVNR
Anschrift	Telefonnummer

Ich beantrage einen pauschalen Wohngruppenzuschlag in Höhe von 224,00 Euro monatlich.

1. Ich bestätige, dass ich mit mindestens zwei und nicht mehr als elf anderen Personen, wovon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig sind (Pflegegrad 1-5), in einer gemeinsamen abgeschlossenen Wohnung (üblicherweise gemeinsame Küchen- und Badbenutzung) mit häuslicher pflegerischer Versorgung lebe.
☐ nein ☐ ja, Adresse _____ gegründet am _____
2. Ich erhalte bereits Leistungen aus der Pflegeversicherung.
☐ nein ☐ ja
3. In der Wohngemeinschaft ist eine durch die Mitglieder der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragte Präsenzkraft tätig.
☐ nein ☐ ja (Bitte fügen Sie die gesonderte Vereinbarung der Präsenzkraft mit den Bewohnern bei.)
4. Diese Präsenzkraft erledigt ☐ organisatorische, ☐ verwaltende, ☐ pflegerische Aufgaben.
Kurze Beschreibung der Aufgaben:

Wie oft werden diese Aufgaben ausgeführt: _____

Name und Anschrift der Präsenzkraft:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Unterschrift der Präsenzkraft: _____

5. Ich erhalte seit/ab _____ :

☐ Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst (Bitte fügen Sie Ihren Pflegevertrag bei.)

Name und Anschrift des Pflegedienstes:

☐ familiäre, nachbarschaftliche oder ehrenamtliche Pflege.

Meine privaten Pflegepersonen sind (bitte Name, Anschrift, Tel-Nr. aller pflegenden Personen angeben):

6. Die Wohnung ist eine Einrichtung des betreuten Wohnens:

☐ nein ☐ ja

7. Name und Anschrift des Vermieters der Wohnung:

Bitte fügen Sie Ihren Mietvertrag, einschließlich des Grundrisses der Wohnung, bei.

8. Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von anderen Stellen:

☐ nein ☐ ja

☐ vom Sozialamt

☐ von der Unfallversicherung _____, Aktenzeichen _____

☐ vom Versorgungsamt _____, Aktenzeichen _____

☐ von _____

9. Der pauschale Zuschlag von 224,00 Euro monatlich soll auf das folgende Konto überwiesen werden:

IBAN (International Bank Account Number):	Geldinstitut:
BIC (Bank Identifier Code):	Kontoinhaber:

Ich möchte folgende Änderungen mitteilen:

☐ Einzug am: _____

Die Wohngruppe besteht weiterhin aus mindestens zwei weiteren und nicht mehr als 11 weiteren Personen, wovon mindestens zwei Personen pflegebedürftig (Pflegegrad 1 bis 5) sind.

☐ nein ☐ ja

☐ Auszug am: _____

Die Wohngruppe besteht weiterhin aus mindestens zwei weiteren und nicht mehr als 11 weiteren Personen, wovon mindestens zwei Personen pflegebedürftig (Pflegegrad 1 bis 5) sind.

☐ nein ☐ ja

☐ Verstorben am: _____

Die Wohngruppe besteht weiterhin aus mindestens zwei weiteren und nicht mehr als 11 weiteren Personen, wovon mindestens zwei Personen pflegebedürftig (Pflegegrad 1 bis 5) sind.

☐ nein ☐ ja

☐ Neue Präsenzkraft: _____, ab: _____

☐ sonstiges _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben.

Wir weisen Sie darauf hin, dass die Pflegekasse der IKK gesund plus den geleisteten Wohngruppenzuschlag rückwirkend zurückfordert, sofern Ihre Angaben nicht den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen. Eine Prüfung nach § 47a SGB XI behält sich die Pflegekasse der IKK gesund plus in diesem Fall vor.

Datum

Unterschrift der/s Versicherten / Bevollmächtigten

Datenschutzhinweis: Die Erhebung der Daten beruht auf §§ 36 – 43 SGB XI und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 60 SGB I verpflichtet. Die Angabe der Telefon-Nr. sowie die Einwilligung zur Datenerhebung sind freiwillig. Unterbleibt Ihre Mitwirkung, soweit sie nicht freiwillig ist, dürfen wir unsere Leistungen nach § 66 SGB I einschränken. Weiterführende Informationen zum Datenschutz, zu Ihren Mitwirkungspflichten sowie die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten der IKK gesund plus finden Sie auf der Internetseite: www.ikk-gesundplus.de/dsgvo. Diese Informationen können Ihnen auf Wunsch selbstverständlich auch gern per Post zugesendet werden.