

Zuschuss für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes

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.

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

Hiermit beantrage ich bei der Pflegekasse der IKK gesund plus einen Zuschuss zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes. Folgende Maßnahme ist geplant:

Die Kosten der Maßnahme (sofern sie bekannt sind) betragen: _____ €
(bitte Kostenvoranschlag beifügen).

Ich habe Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit

- gegenüber einem Träger der Unfallversicherung.
 nach dem Bundessozialhilfegesetz.
 nach dem Bundesversorgungsgesetz.

Ich habe in der Vergangenheit bereits einen Zuschuss zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes erhalten:

- nein
 ja für _____ (Angabe der Maßnahme) in Höhe von _____ €
 von _____ (Angabe bezuschussender Träger, z.B. Pflegekasse).

Die nachgehenden Fragen sind nur zu beantworten, wenn eine anerkannte Schwerbehinderung vorliegt, Sie pflegebedürftig und berufstätig sind.

- Grad der Behinderung: _____ %

- Ich habe bei der Hauptfürsorgestelle bzw. der örtlichen Fürsorgestelle einen Antrag auf begleitende Hilfen im Arbeits- und Berufsleben zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung der Wohnung gestellt.

nein ja, bei _____

- das Antragsverfahren ist noch nicht abgeschlossen.
 dem Antrag wurde stattgegeben.
 der Antrag wurde abgelehnt.

Bankverbindung:

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

Datum _____

Unterschrift der/des Pflegebedürftigen bzw. Bevollmächtigten _____