An
R+V Betriebskrankenkasse
Team Pflege

65215 Wiesbaden

Datum:__.__.____

# Antrag auf Verbesserung des Wohnumfeldes

## 1. Angaben zur/zum Pflegebedürftigen

| | |
|---|---|
| Name, Vorname | |
| Straße, Hausnummer | |
| PLZ/Ort | |
| Geburtsdatum | |
| Versicherungsnummer | |

## 2. Angaben zur Maßnahme

☐ Umzug in eine behindertengerechte Wohnung
☐ Bauliche Veränderungen

**Was soll gemacht werden?** *(Kurze Beschreibung der Umbaumaßnahme)*

**Warum ist der Umbau notwendig?** *(Kurze Beschreibung, weswegen der Umbau nötig wird)*

**Es befinden sich mehrere Pflegebedürftige im Haushalt:**

| | Pflegebedürftige/r | Pflegebedürftige/r | Pflegebedürftige/r |
|---|---|---|---|
| Name | | | |
| Vorname | | | |
| Geburtsdatum | | | |
| Krankenkasse | | | |
| Pflegegrad | | | |

## 3. Angaben zu Kosten und Personen, die die Veränderungen durchführen

Wer wird die Umbaumaßnahmen durchführen?

| | ☐ Firma/Dienstleister | ☐ Sonstige (private Person) |
|---|---|---|
| Name | | |
| Straße/Hausnummer | | |
| PLZ/Ort | | |
| Hinweis | Bitte lassen Sie sich einen Kostenvoranschlag über die geplanten Umbaumaßnahmen aushändigen und reichen Sie diesen gemeinsam mit dem Antrag bei uns ein. | Bitte stellen Sie uns folgende Informationen zur Verfügung:<br>- Nachweise für Materialkosten<br>- Nachweise über entstandene Aufwendungen (bspw. Fahrkosten, Verdienstausfall) |

Wird die Maßnahme von Angehörigen, Nachbarn oder Bekannten ausgeführt, können entstandene Materialkosten und ein ggf. entstandener Verdienstausfall berücksichtigt werden.

**Bitte bedenken Sie:** Wir können uns nur beteiligen, wenn uns die quittierten Rechnungsbelege vorliegen. Senden Sie uns diese bitte nach Abschluss der Maßnahme zu. Vielen Dank.

Wenn Sie möchten, dass wir den Betrag nicht auf Ihr Konto, sondern direkt auf das Konto des genannten Handwerkbetriebs, Baufirma, Vermieter etc. überweisen, senden Sie uns bitte eine Abtretungserklärung zu.

Um die derzeitige Situation vollumfänglich beurteilen zu können, sind aktuelle Fotos des Bereichs, an dem die Umbaumaßnahme stattfindnen soll, für uns sehr hilfreich. Diese können Sie Ihrem Antrag optional beifügen.

**Die Erstattung soll auf folgende Bankverbindung erfolgen:**

Kreditinstitut (Name): _____

IBAN

*Die IBAN in Deutschland besteht aus 22 Zeichen (2-stelliger Ländercode, 2-stellige Prüfzahl, 8-stellige Bankleitzahl, 10-stellige Kontonummer), internationale IBANs können bis zu 31 Zeichen umfassen.*

BIC

*(8 oder 11-stellig)*

Kontoinhabende Person _____

Damit wir unsere Aufgabe rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I unter Angabe wahrheitsgemäßer Tatsachen erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen. Wir verweisen auf die Folgen fehlender Mitwirkung nach § 66 SGB I. Bei der Erhebung der zur Antragsprüfung erforderlichen Daten richten wir uns nach den gesetzlichen Vorgaben (vgl. § 94 SGB XI). Ihre persönlichen Daten unterliegen dem Datenschutz (vgl. § 67 ff. SGB X).

## 4. Unterschrift pflegebedürftige, betreuende oder bevollmächtigte Person

| Datum | Name, Vorname | Unterschrift |
|---|---|---|