

Antrag auf Leistung der IKK-Pflegeversicherung

Die Erhebung der Daten beruht auf §§ 36, 37, 38 und 43 Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben 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.

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

Ich beantrage einen pauschalen Wohngruppenschlag in Höhe von 214,00 Euro monatlich.

1. Ich lebe mit mindestens zwei anderen Pflegebedürftigen in einer gemeinsamen abgeschlossenen Wohnung (üblicherweise gemeinsame Küchen- und Badbenutzung) mit häuslicher pflegerischer Versorgung.

nein ja

2. Ich erhalte bereits Leistungen aus der Pflegeversicherung.

nein ja

3. In der Wohngemeinschaft ist eine Präsenzkraft tätig.

nein ja

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

Name und Anschrift des Pflegedienstes: _____

familiäre, nachbarschaftliche oder ehrenamtliche Pflege.

Meine privaten Pflegepersonen sind (bitte Name, Anschrift und Telefonnummer 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 bei.

8. Anzahl der in der Wohngemeinschaft lebenden Pflegebedürftigen: _____

Angaben zu den Pflegebedürftigen:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Pflegegrad	Pflegekasse

Sofern weitere Personen in der Wohngruppe wohnen, fügen Sie bitte eine gesonderte Aufstellung bei.

9. Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von anderen Stellen:

- nein ja
- vom Sozialamt
- von der Unfallversicherung _____ , Aktenzeichen _____
- vom Versorgungsamt _____ , Aktenzeichen _____
- von _____

10. Der pauschale Zuschlag von 214,00 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 von _____ , am: _____
- Auszug von _____ , am: _____
- Verstorben _____ , am: _____
- Neue Präsenzkraft: _____ , ab: _____
- sonstiges _____

Datum, Unterschrift der/s Versicherten / Bevollmächtigten