

ANTRAG

AUF FINANZIELLEN ZUSCHUSS
ZUR VERBESSERUNG DES
INDIVIDUELLEN WOHNUMFELDES



BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

1. ANGABEN ZUR PERSON

Bitte vollständig ausfüllen!

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Versicherten-Nr.:
Anschrift:	
Telefon:	E-Mail:
Name der Bank:	Kontoinhaber*in:
IBAN: <input type="text"/>	
Pflegegrad: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	

2. ZUSCHUSS

Ich beantrage einen finanziellen Zuschuss zur Verbesserung meines individuellen Wohnumfeldes. Beschreibung mit Gesamtkosten der Maßnahme (Zuschüsse anderer Träger sind abzuziehen):

Dem Antrag ist ein Kostenvoranschlag beizufügen!

3. ANSPRUCH AUF ENTSCHEIDUNGSLEISTUNGEN WEGEN PFLEGEBEDÜRFITIGKEIT

- | | |
|--|---|
| a) nach dem Bundesversorgungsgesetz (§ 35) oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| b) aus der gesetzlichen Unfallversicherung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| c) Aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

Seite 2 zum Antrag

AUF FINANZIELLEN ZUSCHUSS
ZUR VERBESSERUNG DES
INDIVIDUELLEN WOHNUMFELDES



BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

ANGABEN ZUR PERSON

Bitte vollständig ausfüllen!

Name, Vorname: ,

Versicherten-Nr.:

3.1 NUR ZU BEANTWORTEN VON SCHWERBEHINDERTEN PFLEGEBEDÜRFTIGEN MENSCHEN, DIE BERUFSTÄTIG SIND

Grad der Behinderung:

seit:

Die Integrationsämter können im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die begleitende Hilfe im Arbeitsleben aus den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln auch Geldleistungen erbringen, insbesondere an schwerbehinderte Menschen zur Beschaffung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung (§ 102 Sozialgesetzbuch IX, § 22 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung).

Ich habe einen Antrag auf begleitende Hilfe im Arbeitsleben zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung beim Integrationsamt gestellt:

nein, Grund: _____

ja, am: _____ bei _____

(Anschrift des Integrationsamtes): _____

Der Antrag läuft noch wurde abgelehnt wurde genehmigt

Bitte Nachweis beifügen!

Dieser Antrag erfolgt auf Anregung:

des Medizinischen Dienstes (MD)

der Pflegekraft

Datenschutzhinweis!

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben erfüllen zu können. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung nach Artikel 13 DSGVO erhalten Sie unter <https://www.bkk-vdn.de/datenschutz>. Auf Wunsch senden wir Ihnen die Informationen per E-Mail oder postalisch zu.

Ich bin damit einverstanden, dass die BKK VDN die von mir angegebenen persönlichen Daten speichert und nutzt, um mich beraten, meine Anliegen zügig bearbeiten und hierfür ggf. kontaktieren zu können. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

X

X

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten