

Antrag auf Wohngruppenzuschlag in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 45f SGB XI)

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße	Hausnummer	Versichertennummer	
PLZ	Ort	Telefonnummer	

Angaben zur Wohngruppe

Die Wohngruppe wurde zur gemeinschaftlich organisierten pflegerischen Versorgung gegründet:

- ja nein

In der Wohngemeinschaft leben insgesamt _____ pflegebedürftige Personen.

In der Wohngemeinschaft ist eine gemeinschaftlich beauftragte Person (Präsenzkraft) tätig. Sie erledigt:

- organisatorische Aufgaben verwaltende Aufgaben pflegerische Aufgaben

Name, Vorname der Präsenzkraft	Straße	Hausnummer
Telefonnummer	PLZ	Ort

Datum und Ort

Unterschrift der Präsenzkraft

Ich wohne bereits in der Wohngruppe:

- ja, seit dem _____
 nein, ich ziehe ab dem _____ in die Wohngemeinschaft ein.

Name, Vorname	Versichertennummer
---------------	--------------------



Ergänzende Angaben zum Antrag

Ist durch den Einzug in die Wohngemeinschaft eine Änderung der pflegerischen Versorgung eingetreten?

Zum Beispiel: Umstellung von Geld- auf Sachleistung oder auf die Kombination von Geld- und Sachleistung, Pflege durch andere Pflegeperson(en) oder Wechsel des Pflegedienstes?

nein ja (bitte folgende Angaben ergänzen)

Die Pflege wird durch eine andere Pflegeperson übernommen:

Name, Vorname der Pflegeperson	Straße	Hausnummer
Telefonnummer	PLZ	Ort

Die Pflege wird durch einen Pflegedienst übernommen:

Name Pflegedienst	Straße	Hausnummer
Telefonnummer	PLZ	Ort

Ich habe Anspruch auf beamtenrechtliche Beihilfe/Heilfürsorge: nein ja

Bankverbindung für die Zahlung zur Verbesserung des Wohnumfeldes

auf mein eigenes Konto auf das Konto meiner Vertrauensperson

IBAN	BIC
Geldinstitut	Name, Vorname des Kontoinhabenden

Ich verpflichte mich, Änderungen der Verhältnisse, die Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben, unverzüglich mitzuteilen. Dies sind z. B. Ein- oder Auszug von pflegebedürftigen Mitbewohnenden, Umzug in ein Pflegeheim, Änderung der Bankverbindung und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen. Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Datum und Ort

Unterschrift der versicherten Person oder der gesetzlich vertretenden Person

Datenschutzhinweis

Die Daten werden ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Prüfung und Zahlung für den Wohngruppenzuschlag nach § 38a SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen führen, da wir dann ggf. über die Leistung zum Wohngruppenzuschlag nicht entscheiden können (§§ 60 Abs. 1 und 66 Abs. 1 SGB I).

Weitere Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie auf unserer Internetseite www.debeka-bkk.de/datenschutz.

Debeka BKK Pflegekasse 56048 Koblenz | Telefon 0261 94143 - 0 | Fax 0261 94143 - 930 | info@debeka-bkk.de