

Leistungen der Pflegeversicherung - Antrag auf Zuschuss zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes

1 Angaben zum/zur Pflegebedürftigen

Name, Vorname		Geburtsdatum	
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
Versichertennummer		Telefon, tagsüber erreichbar (freiwillige Angabe)	

2 Art der [Umbau-]Maßnahme

Ich beantrage einen Zuschuss zur [Umbau-]Maßnahme, weil dadurch

- ☐ die häusliche Pflege überhaupt erst ermöglicht wird oder
☐ die häusliche Pflege erheblich erleichtert und damit eine Überforderung der Leistungskraft des/der Pflegebedürftigen und des/der Pflegenden verhindert wird oder
☐ eine möglichst selbstständige Lebensführung des/der Pflegebedürftigen wiederhergestellt, also die Abhängigkeit von dem/der Pflegenden verringert wird.

Wurde bereits in der Vergangenheit eine Wohnumfeldverbesserung bewilligt?

- ☐ Nein ☐ Ja, die Pflegesituation hat sich zur vorherigen Maßnahme wie folgt geändert:

Welche [Umbau-]Maßnahme(n) zur Verbesserung ist/sind vorgesehen?

(Zum Beispiel der Einbau/Umbau einer ebenerdigen Dusche, der Einbau eines Treppenlifts, Türverbreiterungen usw.)

(Bitte fügen Sie, wenn möglich, Fotos der betroffenen Maßnahme bei.)

Aus welchen Gründen sind die bisherigen wohnlichen Verhältnisse nicht ausreichend?

Wurden bereits Hilfsmittel zur Verbesserung der Pflegesituation getestet (z.B. Toilettensitzerhöhung, Badewannenlifter)?

- ☐ Nein ☐ Ja, folgende

Das Hilfsmittel ist nicht ausreichend, weil:

Bei der Wohnung/dem Haus handelt es sich um

- ☐ mein Eigentum ☐ eine Mietwohnung **Hat der/die Vermieter/Vermieterin seine Zustimmung erteilt?** ☐ Ja ☐ Nein (Wenn nein, bitte unbedingt einholen.)

Es leben mehrere Pflegebedürftige in einer Wohnung, für die ebenfalls die Wohnumfeldverbesserung beantragt wurde/werden soll:

- ☐ Nein ☐ Ja, folgende

Name, Vorname	
Krankenkasse	Pflegegrad
Name, Vorname	
Krankenkasse	Pflegegrad
Name, Vorname	
Krankenkasse	Pflegegrad

Ich erhalte bzw. habe vergleichbare Leistungen bei anderen Stellen beantragt:

- ☐ Nein ☐ Ja, ☐ vom Sozialhilfeträger ☐ vom Versorgungsamt ☐ von der Beihilfestelle ☐ von der gesetzlichen Unfallversicherung
☐ im Rahmen der Kriegsofferfürsorge ☐ zur Teilhabe am Arbeitsleben

Ich versichere, dass die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistungserbringung erheblich sind, werde ich umgehend mitteilen.

Datum	Ort
-------	-----

Unterschrift der/des Versicherten oder der/des Bevollmächtigten/Betreuers/Betreuerin/gesetzl. Vertreters/Vertreterin
--

Hinweise zum Datenschutz und zur Mitwirkungspflicht:

Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I und § 28 SGB XI erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen. Die datenschutzrechtlichen Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns an.

Heimat Krankenkasse

Herforder Straße 23 · 33602 Bielefeld · Service-Telefon 0800 1060100 (kostenfrei)

Stand 02.2025



Bitte zurücksenden an:

Heimat Krankenkasse
Pflegekasse
Herforder Straße 23
33602 Bielefeld