

Antrag auf einen Wohngruppenzuschlag

Angaben der pflegebedürftigen Person

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum

Versichertennummer

Telefonnummer E-Mail

1. Wohnform

Ich lebe seit in der Wohngruppe:

Anschrift der Wohngruppe

(bitte Kopie des Mietvertrages und gegebenenfalls Grundriss der Wohnung beifügen.)

Gründungsdatum der Wohngruppe

- Die Wohngruppe besteht aus mehreren Wohnungen oder Appartements,
 mehreren Zimmern innerhalb einer Wohnung oder
es handelt sich um eine Gruppe innerhalb eines (Pflege-)Heims.

Außer meinem Zimmer sind die weiteren Räume (Bad, Küche, Gemeinschaftsraum, usw.) jederzeit durch jede Bewohnerin bzw. jeden Bewohner nutzbar Nein Ja

In meiner Wohngruppe leben noch weitere Personen, von denen ebenfalls ambulante Pflegeleistungen beziehen.

2. Beauftragte Person

Sie haben in Ihrer Wohngruppe gemeinschaftlich eine Person beauftragt, die Sie unabhängig von der Pflege im Alltag unterstützt. Es kann sich dabei z. B. um organisatorische oder betreuende Tätigkeiten handeln. Nein Ja

Name, Vorname der beauftragten Person:

Anschrift: Telefonnummer

Die beauftragte Person unterstützt uns regelmäßig mit folgenden Tätigkeiten:

Wie oft ist die beauftragte Person anwesend (z. B. 2 Stunden pro Tag oder 2 Tage pro Woche oder auf Abruf)?

3. Bestätigung der beauftragten Person zu den Angaben unter Punkt 2

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die unter Punkt 2 gemachten Angaben.

Datum

Unterschrift der beauftragten Person

Versichertennummer

4. Weitere Angaben

Ich besuche die Tages-/Nachtpflege Nein Ja, seit

Der Wohngruppenzuschlag soll auf das nachfolgend genannte Konto überwiesen werden:

IBAN:

BIC:

Name des Geldinstituts

Name, Vorname der Kontoinhaberin bzw. des Kontoinhaber

Datum

Unterschrift der bzw. des Pflegebedürftigen / der Betreuerin bzw. des Betreuers /
der bzw. des Bevollmächtigten / der gesetzlichen Vertretung

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X):

Damit wir unsere Aufgabe rechtmäßig erfüllen können, ist Ihre Mitwirkung nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind in vorliegendem Falle aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen.

Bitte senden an: Pflegekasse der mkk - meine krankenkasse, 10857 Berlin