

Finanzieller Zuschuss zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes

1. _____
(Name, Vorname des Versicherten) (Geburtsdatum)

_____ (Anschrift) _____ (Versichertennummer)

_____ Versichert als _____
(Telefon) (z.B. Arbeitnehmer, Selbstständiger, Familienangehöriger, Rentner)

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

3. **(1) Ich erhalte auch von anderen Behörden Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit**

- a) vom Versorgungsamt (nach dem Bundesversorgungsgesetz (§ 35) oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen) ja nein
- b) aus der gesetzlichen Unfallversicherung ja nein
- c) aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversicherung oder Unfallfürsorge ja nein

(2) Nur zu beantworten von berufstätig Pflegebedürftigen, die schwerbehindert sind (§ 1 SchwbG)

MdE _____ % seit _____.

Die Hauptfürsorgestellen und die örtlichen Fürsorgestellen können im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die begleitende Hilfe im Arbeits- und Berufsleben Geldleistungen zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen des Schwerbehinderten entspricht, gewähren (§ 31 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Buchst. d. SchwbG). Ferner können sie im Rahmen der nachgehenden Hilfe im Arbeitsleben Leistungen zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung gewähren (§ 17 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchst. d. in Verb. mit § 22 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung-SchwAV).

Ich habe einen Antrag auf begleitende Hilfe im Arbeitsleben zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung bei Hauptfürsorgestelle/örtlichen Fürsorgestelle gestellt.

ja, am _____ bei _____
(Anschrift der Stelle)

Der Antrag läuft noch wurde abgelehnt wurde genehmigt (bitte Nachweis vorlegen)

nein, Grund _____

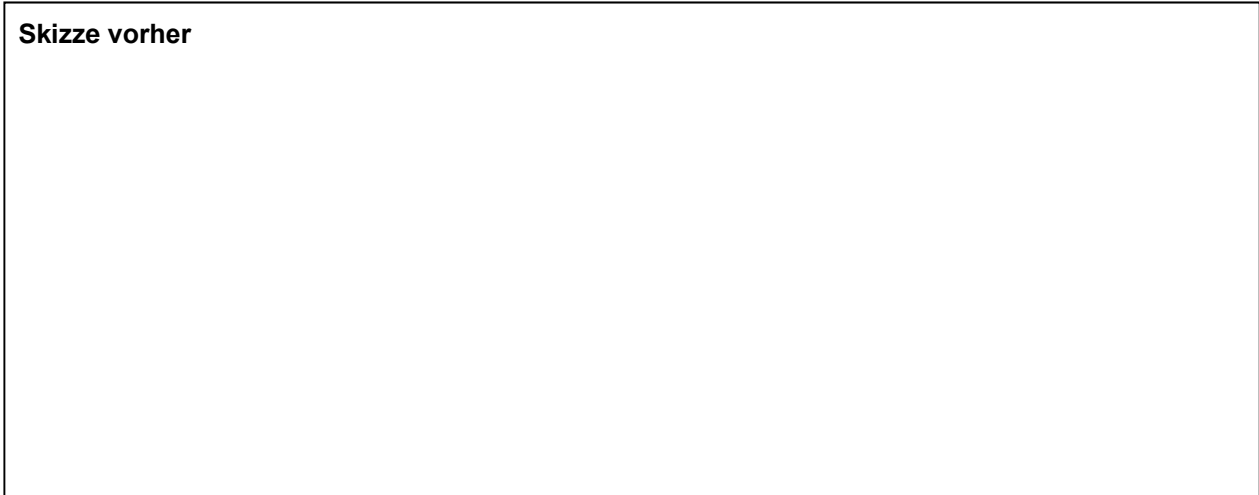
4. **Folgende weitere Personen leben mit mir in der gemeinsamen Wohnung:**

Name, Vorname	pflegebe- dürftig?	Pflege- grad	zuständige Pflegekasse

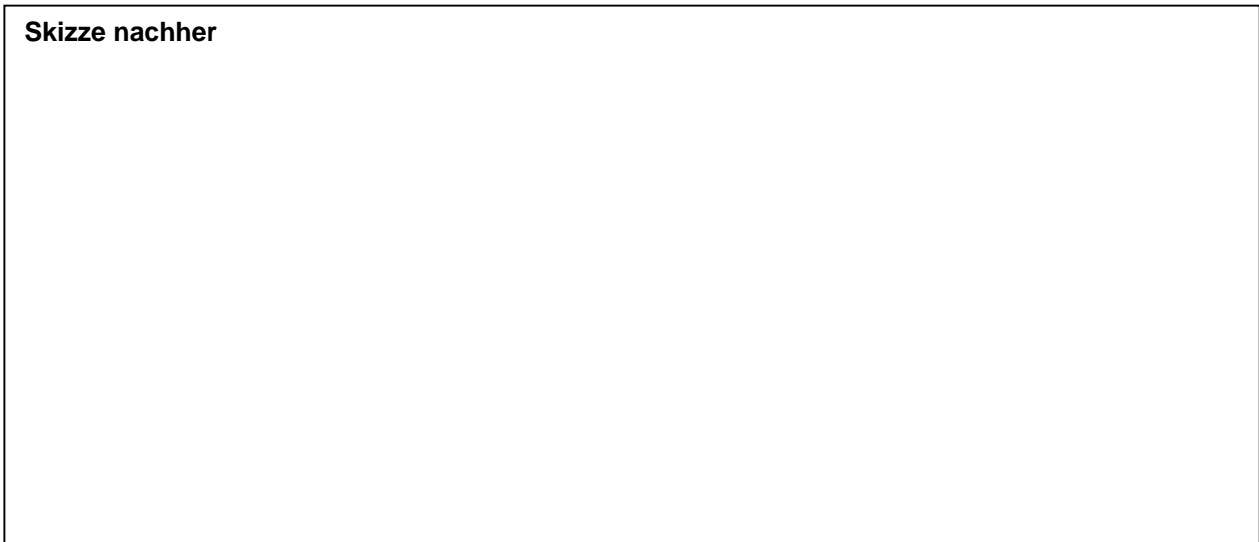
5. In wie weit dient die Umbaumaßnahme/ der Umzug der Erleichterung der Pflege?

6. Bei Umbaumaßnahmen (ggf. gesondertes Blatt verwenden oder Fotos beifügen)

Skizze vorher



Skizze nachher



Datum, Unterschrift (Versicherter, Bevollmächtigter, Betreuer)

Datenschutzhinweis

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung unserer Aufgaben erforderlich. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren Rechten nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) finden Sie auf unserer Internetseite www.bahn-bkk.de/datenschutz. Gern senden wir Ihnen diese Informationen auch zu. Rufen Sie uns dazu bitte unter unserer kostenfreien Servicenummer an: 0800 22 46 255. Sie erreichen uns täglich von 8 bis 20 Uhr.