

Kranken-/Pflegeversichertennummer: _____

 KNAPPSCHAFT
 Fachzentrum Pflege
 45095 Essen

Name, Vorname der / des Versicherten: _____

Antrag auf den Wohngruppenzuschlag

Ich beantrage die Zahlung des Wohngruppenzuschlags in Höhe von 214,00 Euro monatlich.

 Anschrift der Wohngruppe _____

Die Wohngruppe wurde gegründet am _____

Der Einzug in die Wohngruppe erfolgte am _____

Beantworten Sie die folgenden Fragen bitte unbedingt korrekt und vollständig.

Ich lebe mit mindestens zwei weiteren pflegebedürftigen Personen in einer gemeinsamen Wohnung mit häuslicher pflegerischer Versorgung

- Ja
 Nein

Die Wohnung ist durch eine Wohnungs- oder Haustür verschlossen. Sie ist vom Freien, von einem Treppenhaus oder von einem Vorraum zugänglich.

- Ja
 Nein

Das Bad, die Küche und der Aufenthaltsraum kann von allen Bewohnern jederzeit genutzt werden.

- Ja
 Nein

Eine Kopie des Mietvertrages und des Grundrisses

- habe ich beigelegt.
 reiche ich nach.

In der gemeinsamen Wohnung leben insgesamt _____ Bewohner (Anzahl)



YRCMO38027 15756

Unsere Wohngruppe hat **gemeinschaftlich eine Person beauftragt.**

Sie erbringt / leistet

Kontaktdaten der beauftragten Person:

Die mit der beauftragten Person geschlossene Vereinbarung über die zu erbringenden Aufgaben

- habe ich beigefügt.
 reiche ich nach.

- ja
 nein
 organisatorische verwaltende
 betreuende
 das Gemeinschaftsleben fördernde
Tätigkeiten
 hauswirtschaftliche Unterstützung*

Name

Vorname

Anschrift

Telefonnummer

*Die oben aufgeführten Aufgaben müssen über die in der häuslichen Pflege üblichen Leistungen (Leistungsinhalte des § 36 SGB XI) hinaus erbracht werden. Es ist nicht vorgesehen, die Leistungen der häuslichen Pflege nach den §§ 36 bis 38 SGB XI aufzustocken.

Unterschrift der beauftragten Person

Ich und meine Angehörigen können uns aktiv in die Alltagsgestaltung innerhalb der Wohngruppe einbringen.

- ja
 nein
Eine Kopie des Pflegevertrages
 habe ich beigefügt.
 reiche ich nach.

Der Wohngruppenzuschlag soll auf das folgende Konto überwiesen werden.

Name des Kontoinhabers: _____

Geldinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____



Für Rückfragen erreichen Sie mich/meine Kontaktperson unter der Telefonnummer, Faxnummer, E-Mail:

15756

Ort und Datum

Unterschrift* der/des Versicherten/Betreuerin/Betreuers/
Bevollmächtigten/gesetzlichen Vertreters

* Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich vorstehende Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht habe.

Ich verpflichte mich, sämtliche Änderungen in den Verhältnissen - z. B. Ein- oder Auszug von Mitbewohnern der Wohngruppe, Umzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung, Ausscheiden oder Wechsel der beauftragten Person, usw. - unverzüglich mitzuteilen.

YRCMO38027