

Ihre Kranken- und Pflegeversicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name, Vorname der/des Versicherten

Bitte im Original zurücksenden

 KNAPPSCHAFT
 Fachzentrum Pflege
 45095 Essen

Antrag auf den Wohngruppenzuschlag
Ich beantrage den pauschalen Wohngruppenzuschlag in Höhe von 214,00 Euro monatlich.

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.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Die Wohnung ist durch eine Wohnungs- oder Haustür verschlossen. Sie ist vom Freien, von einem Treppenhaus oder von einem Vorraum zugänglich.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Das Bad, die Küche und der Aufenthaltsraum kann von allen Bewohnern jederzeit genutzt werden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Eine Kopie des Mitvertrages habe ich beigefügt. <input type="checkbox"/> reiche ich später nach.
In der gemeinsamen Wohnung leben insgesamt _____ Bewohner (Anzahl)	
Unsere Wohngruppe hat gemeinschaftlich eine Person beauftragt.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sie erbringt / leistet	<input type="checkbox"/> organisatorische <input type="checkbox"/> verwaltende <input type="checkbox"/> betreuende <input type="checkbox"/> das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten <input type="checkbox"/> hauswirtschaftliche Unterstützung* <input type="checkbox"/> Die Vereinbarung, die Sie mit der beauftragten Person geschlossen haben, <input type="checkbox"/> habe ich beigefügt. <input type="checkbox"/> reiche ich später nach.



YRCMO38027 15756

Kontaktdaten der beauftragten Person:		
	Vorname	Name
	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.	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein
	Eine Kopie des Pflegevertrages <input type="checkbox"/> habe ich beigefügt. <input type="checkbox"/> reiche ich später nach.

Der Wohngruppenzuschlag soll auf das folgende Konto überwiesen werden.

Name des Kontoinhabers: _____

Anschrift des Kontoinhabers: _____

Telefonnummer des Kontoinhabers: _____

Geldinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Eine Überweisung des Wohngruppenzuschlages an die Einrichtung ist nicht zulässig.

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.