

Kranken-/Pflegeversichertennummer: \_\_\_\_\_

KNAPPSCHAFT

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 \_\_\_\_\_

<b>Beantworten Sie die folgenden Fragen bitte unbedingt korrekt und vollständig.</b>	
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
Eine Kopie des Mietvertrages und des Grundrisses <input type="checkbox"/> habe ich beigelegt. <input type="checkbox"/> reiche ich nach.	
In der gemeinsamen Wohnung leben insgesamt _____ Bewohner (Anzahl)	

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

In unserer Wohngruppe werden sämtliche körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung im Sinne einer **Vollversorgung** vollständig übernommen.

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

- ja  
 nein

- 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:**

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.