

**Antrag auf einen Zuschuss für eine Maßnahme
zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 40 Abs. 4 SGB XI)**

Name, Vorname des/der Pflegebedürftigen	Geburtsdatum/KV-Nummer
Anschrift	Telefon
IBAN	Geldinstitut
BIC	Kontoinhaber/in

Geplante Maßnahme
(vorliegende Kostenvoranschläge sind beigelegt)

Bauliche Veränderungen

Beschreibung der Baumaßnahmen:

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur Verbesserung meines Wohnumfeldes plane ich die Installation eines Treppenliftsystems und beantrage hiermit für diese Maßnahme einen Zuschuss.

Der geplante Umbau wird aus folgenden Gründen notwendig:

- Für das Verlassen bzw. Betreten meiner Wohnung ist das Überwinden einer Treppe unausweichlich.
- Meine Wohnräume befinden sich auf einer anderen Etage als Bad und Schlafzimmer, um in diese zu gelangen muss eine Treppe überwunden werden. Aus Platzgründen ist eine Verlegung dieser Räume in das Erdgeschoss jedoch nicht möglich.
- Meine Wohnräume befinden sich auf einer anderen Etage als das Badezimmer, um in dieses zu gelangen muss eine Treppe überwunden werden. Eine Verlegung des Badezimmers in das Erdgeschoss ist aus Platzgründen jedoch nicht möglich.
- Meine Wohnräume befinden sich auf einer anderen Etage als das Schlafzimmer, um in dieses zu gelangen muss eine Treppe überwunden werden. Eine Verlegung des Schlafzimmers in das Erdgeschoss ist aus Platzgründen jedoch nicht möglich.

Ich bin nicht mehr in der Lage, die Treppe ohne fremde Hilfe zu überwinden und benötige daher ein Treppenliftsystem.

Beigefügt erhalten Sie einige Fotos der aktuellen Wohnsituation.

Voraussichtliche Gesamtkosten

ca. _____ EUR gemäß beiliegendem Kostenvoranschlag.

Wer soll die geplante Maßnahme durchführen?

SANIMED GmbH
Treppenliftsysteme
Gildestraße 68
49479 Ibbenbüren

Die quittierten Rechnungsbelege sende ich Ihnen nach Abschluss der Maßnahme zu.

Haben Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes erhalten?

nein ja Kostenträger: _____

Es befinden sich mehrere Pflegebedürftige im Haushalt:

Nein Ja,

Name, Geburtsdatum, Krankenkasse, Pflegestufe

Name, Geburtsdatum, Krankenkasse, Pflegestufe

Name, Geburtsdatum, Krankenkasse, Pflegestufe

Name, Geburtsdatum, Krankenkasse, Pflegestufe

Sollte eine Prüfung meines Wohnumfeldes durch den MDK erforderlich sein, so bitte ich um eine kurzfristige Begutachtung.

Bitte teilen Sie mir mit, ob ich die Maßnahme bereits umsetzen und den Auftrag erteilen kann, ohne den Anspruch auf den Zuschuss zu verlieren.

Für Ihre Mühen bedanke ich mich im Voraus.

Ort, Datum

Unterschrift des Pflegebedürftigen bzw. Bevollmächtigten