

An  
**R+V Betriebskrankenkasse**  
Team Pflege  
65215 Wiesbaden

Datum: \_\_\_\_\_



## Antrag auf Verbesserung des Wohnumfeldes

### 1. Angaben zur/zum Pflegebedürftigen

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ/Ort	
Geburtsdatum	
Versicherungsnummer	

### 2. Angaben zur Maßnahme

- Umzug in eine behindertengerechte Wohnung
- Bauliche Veränderungen

**Was soll gemacht werden?** (Kurze Beschreibung der Umbaumaßnahme)

---

---

---

---

---

---

**Warum ist der Umbau notwendig?** (Kurze Beschreibung, weswegen der Umbau nötig wird)

---

---

---

---

---

---

**Es befinden sich mehrere Pflegebedürftige im Haushalt:**

	Pflegebedürftige/r	Pflegebedürftige/r	Pflegebedürftige/r
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Krankenkasse			
Pflegegrad			

**3. Angaben zu Kosten und Personen, die die Veränderungen durchführen**

Wer wird die Umbaumaßnahmen durchführen?

	<input type="checkbox"/> Firma/Dienstleister	<input type="checkbox"/> Sonstige (private Person)
Name		
Straße/Hausnummer		
PLZ/Ort		
Hinweis	Bitte lassen Sie sich einen Kostenvoranschlag über die geplanten Umbaumaßnahmen aushändigen und reichen Sie diesen gemeinsam mit dem Antrag bei uns ein.	Bitte stellen Sie uns folgende Informationen zur Verfügung: - Nachweise für Materialkosten - Nachweise über entstandene Aufwendungen (bspw. Fahrkosten, Verdienstaussfall)

Wird die Maßnahme von Angehörigen, Nachbarn oder Bekannten ausgeführt, können entstandene Materialkosten und ein ggf. entstandener Verdienstaussfall berücksichtigt werden.

**Bitte bedenken Sie:** Wir können uns nur beteiligen, wenn uns die quittierten Rechnungsbelege vorliegen. Senden Sie uns diese bitte nach Abschluss der Maßnahme zu. Vielen Dank.

Wenn Sie möchten, dass wir den Betrag nicht auf Ihr Konto, sondern direkt auf das Konto des genannten Handwerksbetriebs, Baufirma, Vermieter etc. überweisen, senden Sie uns bitte eine Abtretungserklärung zu.

Um die derzeitige Situation vollumfänglich beurteilen zu können, sind aktuelle Fotos des Bereichs, an dem die Umbaumaßnahme stattfinden soll, für uns sehr hilfreich. Diese können Sie Ihrem Antrag optional beifügen.

**Die Erstattung soll auf folgende Bankverbindung erfolgen:**

IBAN	
BIC	
Geldinstitut	
Kontoinhaber	

**4. Unterschrift Pflegebedürftige/r, Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r**

Datum

Name, Vorname

Unterschrift