

Finanzieller Zuschuss zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes

1. _____
(Name, Vorname des Versicherten) (Geburtsdatum)

_____ (Anschrift) _____ (Versichertennummer)

_____ Versichert als _____
(Telefon) (z.B. Arbeitnehmer, Selbstständiger, Familienangehöriger, Rentner)

2. **Ich beantrage einen finanziellen Zuschuss zur Verbesserung meines individuellen Wohnumfeldes. Beschreibung mit Gesamtkosten der Maßnahme (Zuschüsse anderer Träger sind abzuziehen):**

3. **(1) Ich erhalte auch von anderen Behörden Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit**

- a) vom Versorgungsamt (nach dem Bundesversorgungsgesetz (§ 35) oder nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen) ja nein
- b) aus der gesetzlichen Unfallversicherung ja nein
- c) aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversicherung oder Unfallfürsorge ja nein

(2) Nur zu beantworten von berufstätig Pflegebedürftigen, die schwerbehindert sind (§ 1 SchwbG)

MdE _____ % seit _____.

Die Hauptfürsorgestellen und die örtlichen Fürsorgestellen können im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die begleitende Hilfe im Arbeits- und Berufsleben Geldleistungen zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen des Schwerbehinderten entspricht, gewähren (§ 31 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Buchst. d. SchwbG). Ferner können sie im Rahmen der nachgehenden Hilfe im Arbeitsleben Leistungen zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung gewähren (§ 17 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchst. d. in Verb. mit § 22 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung-SchwAV).

Ich habe einen Antrag auf begleitende Hilfe im Arbeitsleben zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung bei Hauptfürsorgestelle/örtlichen Fürsorgestelle gestellt.

ja, am _____ bei _____
(Anschrift der Stelle)

Der Antrag läuft noch wurde abgelehnt wurde genehmigt (bitte Nachweis vorlegen)

nein, Grund _____

4. **Folgende weitere Personen leben mit mir in der gemeinsamen Wohnung:**

Name, Vorname	pflegebe- dürftig?	Pflege- grad	zuständige Pflegekasse

5. **Bei diesem Antrag hat mitgewirkt:** _____

(Name, Vorname, Anschrift, Tel.-Nr. Stellung zum Pflegebedürftigen (z.B. Bevollmächtigter))

(Datum, Unterschrift des Versicherten)