

# Antrag auf einen Zuschuss zur Wohnumfeldverbesserung

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
versichert als:

Vers.Nr.

z.B. Arbeitnehmer, Familienangehöriger, Rentner etc.

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

Ich habe einen Anspruch auf Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit

- a. 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 Unfallversorgung oder Unfallfürsorge  Ja  Nein

Nur zu beantworten von berufstätigen Pflegebedürftigen, die nach § 1 SchwbG schwerbehindert sind:

MdE \_\_\_\_\_% seit \_\_\_\_\_

Die Hauptfürsorgestellten und die örtlichen Fürsorgestellten können im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die begleitenden Hilfe und nachgehende 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 d SchwbG und § 17 Abs. 1 Satz 1 Nr.1 d i.V.b. § 22 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung - SchwbAV ).

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

Ja , am \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Der Antrag läuft noch  /wurde abgelehnt  /wurde genehmigt  (Belege beifügen)

Nein , Grund: \_\_\_\_\_

Monatliche Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt vor der Antragstellung ( bei schwankenden Bezügen ist für die Beurteilung ein längerer Zeitraum - 3 Monate - zugrunde zu legen)

**Bitte Kopien der Einkommensnachweise beifügen !**

Zeitraum	Bezeichnung der Bruttoeinnahmen	EUR

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/ des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/ des Mitwirkenden ( z.B. Betreuer )