

# Finanzieller Zuschuss zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes

1.

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
Versichert als

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
z. B. Arbeitnehmer, Selbständiger, Familienangehöriger, Rentner

2. Ich beantrage einen Zuschuss zur Verbesserung meines individuellen Wohnumfeldes.  
Beschreibung und Begründung der Maßnahme:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.

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

(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 - SchwbAV).

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

ja, am \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Anschrift der Stelle

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

nein Grund \_\_\_\_\_

4. Bei diesem Antrag hat mitgewirkt:

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

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Versicherten

**Datenschutzhinweis:** Die Erhebung der Daten beruht auf §67a SGB X. Die Daten werden für die Leistungserbringung benötigt. Ihre Mitteilung der erfragten Daten ist nach §60 SGB I erforderlich.