

Sehr geehrte Damen und Herren, es schreibt Ihnen

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Vorname Nachname:</b>   |  |
| <b>Adresse:</b>            |  |
| <b>PLZ / Ort:</b>          |  |
| <b>Telefonnummer:</b>      |  |
|                            |  |
| <b>Pflegeversicherung:</b> |  |
| <b>Versichertennummer:</b> |  |
| <b>Geburtsdatum:</b>       |  |
| <b>Pflegegrad:</b>         |  |

Hiermit stelle ich einen Antrag für den finanziellen Zuschuss zu einer wohnumfeldverbessernden Maßnahme gemäß §40 SGB XI, mit dem Ziel meine Selbstständigkeit im eigenen Wohnumfeld zu erhalten und die Möglichkeit der Pflege durch meine Pflegeperson herzustellen, bzw. erheblich zu erleichtern. Ich bitte Sie darum, mir den Eingang meines Antrages zu bestätigen und diesen so zügig wie möglich zu entscheiden. Sollten sich im Rahmen der Beantragung Nachfragen ergeben, bitte ich Sie sich direkt an das von mir für die Umsetzung beauftragte Unternehmen,

**123barrierefrei UG (haftungsbeschränkt), Hafenstraße 39, 67346 Speyer,**

zu wenden. Eine entsprechende Ausführungsvollmacht wurde dem Unternehmen erteilt. Sobald Ihre Entscheidung steht, bitte ich Sie mich, und dass von mir beauftragte Unternehmen, zu informieren.

Zusätzlich teile ich Ihnen mit:

|                                                                                        | Ja | Nein |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| Es leben in meinem Haushalt weiteren Personen die pflegebedürftig sind                 |    |      |
| Ich habe zuvor bereits einen Zuschuss aus §40 Abs. 4 SGB XI erhalten                   |    |      |
| Es besteht keine Zuständigkeit eines anderen Sozialleistungsträgers (z.B. Unfallkasse) |    |      |
| Es besteht ein Beihilfeanspruch (für ehemalige Beamte oder deren Angehörige)           |    |      |
| Die vorzunehmende Änderungsmaßnahmen wurden bereits durchgeführt                       |    |      |

Mir ist bekannt, dass die Pflegekasse nur die Kosten für die Veränderung und nicht für etwaige Rückbau-maßnahmen übernimmt. Ich trage anfallende Rückbaukosten selbst.

Zusätzlich zu meinem Antrag erhalten Sie einen Kostenvoranschlag für die umzusetzende Maßnahme.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

|  |                                           |
|--|-------------------------------------------|
|  | Unterschrift der pflegebedürftigen Person |
|  | Unterschrift des gesetzlichen Vertreters  |

**Vollmacht für Handlungen gegenüber der, für die vollmachtgebende Person, zuständigen Sozialversicherungsträgern und weitere im Versorgungsprozess beteiligten Institutionen zwischen**

|                              |         |     |                                                                              |
|------------------------------|---------|-----|------------------------------------------------------------------------------|
| Vorname Nachname             |         | und | 123barrierefrei UG<br>(haftungsbeschränkt)<br>Hafenstraße 39<br>67346 Speyer |
| Straße                       |         |     |                                                                              |
| PLZ, Ort                     |         |     |                                                                              |
| Geburtsdatum                 | geb. am |     |                                                                              |
| nachfolgend „Vollmachtgeber“ |         |     | nachfolgend „Vollmachtnehmer“                                                |

Hiermit wird der Vollmachtnehmer gegenüber den zuständigen Sozialversicherungsträgern und den im Prozess beteiligten Stellen bevollmächtigt:

- Einen Antrag zum Zuschuss von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen nach §40 SGB XI zu stellen;
- Auskünfte über den Pflegegrad sowie vergangene, gegenwärtige und zukünftige Pflegegradfeststellungsverfahren einzuholen;
- Pflegegradbegründende Unterlagen, speziell die Gutachten des Medizinischen Dienstes einzuholen.
- Auskünfte über den Stand von Genehmigungsverfahren einzuholen;
- Auskünfte über Ablehnungsgründe abgelehnter Leistungen einzuholen;
- Widerspruch für abgelehnte Leistungen einzulegen

Die Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf durch den Vollmachtgeber gültig.

|                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>Ort, Datum</div> <div><b>123barrierefrei UG</b><br/><b>(haftungsbeschränkt)</b><br/><b>Hafenstraße 39</b><br/><b>67346 Speyer</b></div> <div>Unterschrift des Vollmachtnehmers</div> | <div><div>Ort, Datum</div><div>Unterschrift des Vollmachtgebers</div><div>Unterschrift des gesetzlichen Vertreters</div></div> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Informationen zur Datenverarbeitung**

Im Rahmen der Geschäftsbeziehung erhebt die 123barrierefrei UG (haftungsbeschränkt), Hafenstraße 39, 67346 Speyer, vertreten durch Ihre Mitarbeiter, personenbezogene Daten. Diese Daten werden gespeichert, übermittelt, gelöscht und genutzt, soweit dies für die Durchführung der jeweiligen Maßnahmen erforderlich ist. Insbesondere mit der Abwicklung von Aufträgen und der Abrechnung mit Kostenträgern. Gesundheitsdaten stellen dabei besonders sensible Informationen da. Soweit Informationen aufgrund gesetzlicher Regelungen oder zur Vertragserfüllung erforderlich sind, ist keine weitere Einwilligung der betroffenen Person erforderlich. Die Aufbewahrungsfristen regelt die Bundes- und Landesrechtliche Gesetzgebung. Daten werden manuell oder automatisiert verarbeitet. Die interne und externe Weitergabe von oder der Einblick in Daten erfolgen bei berechtigtem Interesse und zur Ausübung von Vertrags- oder Behandlungsrelevanten Maßnahmen im Rahmen des erforderlichen Maßes, insbesondere im Austausch mit Ärzten, Lieferanten, Dienstleistern und weiteren dritten Parteien. Externe und interne Personen, die in Kontakt mit personenbezogenen Daten treten oder Daten erhalten, sind verpflichtet, diese vertraulich zu behandeln. Die Verantwortung für die Verarbeitung personenbezogener Daten verantwortliche Person, sowie der Datenschutzbeauftragte sind öffentlich publiziert und in der Datenschutzerklärung vermerkt. Der Ansprechpartner für Datenschutz ist unter [info@123barrierefrei.com](mailto:info@123barrierefrei.com) zu erreichen.

**Ihre Rechte:**

Sie haben die Möglichkeit, kostenfrei Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten, sowie Einsicht in die über Sie bei uns geführten Unterlagen zu nehmen. Sie haben darüber hinaus das Recht auf Berichtigung oder Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung. Zudem haben Sie das Recht eine erteilte Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit frei zu widerrufen. Hierzu bedarf es der formlosen Erklärung gegenüber dem Unternehmen. Für den Fall des Widerrufs einer erteilten Einwilligung bleiben die bis zum Widerruf auf die erteilte Einwilligung hin vorgenommenen Verarbeitungsschritte unberührt. Ein eingelegter Widerruf kann zurückgenommen werden. Zusätzlich haben Sie ein Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde.

Wir benötigen einen kurzen Überblick über Ihre persönliche Situation und die möglichen Maßnahmen in Ihrem Wohnumfeld:

**Welche Barrieren sind in Ihrem häuslichen Umfeld vorhanden:**

| Problemfeld     | Frage                                                                  | Ja | Nein | Bemerkung |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------|----|------|-----------|
| Stufen          | Haben Sie Stufen am Hauseingang?                                       |    |      |           |
| Treppen         | Sind an der Treppe beidseitig Handläufe angebracht?                    |    |      |           |
|                 | Ist Ihre Treppe ausreichend beleuchtet?                                |    |      |           |
|                 | Sind die Trittstufen an der Treppe gut erkennbar?                      |    |      |           |
| Türschwellen    | Gibt es Zimmerübergänge mit einer Schwelle (ab 4mm)                    |    |      |           |
| Stolperfallen   | Haben Sie Teppiche in Ihrer Wohnung?                                   |    |      |           |
|                 | Liegen bei Ihnen Kabel oder Schläuche offen im Raum?                   |    |      |           |
| Böden           | Haben Sie einen rutschigen Boden (z.B. im Badezimmer)                  |    |      |           |
|                 | Spiegeln Teile Ihres Bodens?                                           |    |      |           |
|                 | Blenden Teile Ihres Bodens?                                            |    |      |           |
| Bewegungsfläche | Können Sie sich in Ihrer Wohnung gut bewegen?                          |    |      |           |
|                 | Können Sie alle Möbel und Schränke gut erreichen?                      |    |      |           |
|                 | Können Sie sich überall gut drehen und wenden (auch mit Hilfsmitteln?) |    |      |           |
| Bedienelemente  | Sind die Bedienelemente für Sie in der passgerechten Höhe?             |    |      |           |
|                 | Können Sie alle Bedienelemente gut erreichen?                          |    |      |           |
|                 | Können Sie alle Bedienelemente wie vorgesehen nutzen?                  |    |      |           |
| Beleuchtung     | Sind Ihre Wohnräume ausreichend beleuchtet?                            |    |      |           |
|                 | Können Sie in Ihren Räumen alle Hindernisse erkennen?                  |    |      |           |

**Wo sehen Sie dringend Handlungsbedarf / Freifeld für Ihre Nachricht und weitere Informationen:**

### Bilddokumentation

Für eine bessere Beurteilung Ihrer Situation empfehlen wir Ihnen von den bestehenden Barrieren aussagekräftig und stichhaltige Bilder anzufertigen und uns im Rahmen der Beantragung zu übermitteln.

**Beschreiben Sie Ihre aktuelle persönliche Lage:**

| Bereich           | Situation                                                                      | Ja | Nein | Bemerkung |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----|------|-----------|
| Selbstständigkeit | Sie bewegen sich selbstständig fort (auch mit Hilfsmitteln)                    |    |      |           |
|                   | Sie gehen selbstständig auf die Toilette                                       |    |      |           |
|                   | Sie führen Ihren Haushalt ohne fremde Hilfe                                    |    |      |           |
|                   | Sie haben Probleme mit Ihrer Sehkraft und tragen eine Brille                   |    |      |           |
|                   | Sie sind in Ihrer Sehkraft vollständig eingeschränkt (Teil-Erblindung)         |    |      |           |
|                   | Sie können Ihre Hände nicht mehr wie vorgesehen nutzen (Teil-Funktionsausfall) |    |      |           |
|                   | Sie können Ihre Versorgung selbstständig sichern                               |    |      |           |
| Mobilität         | Sie sind bereits gestürzt                                                      |    |      |           |
|                   | Sie nutzen einen Rollator in Ihrer Wohnung                                     |    |      |           |
|                   | Sie nutzen einen Rollstuhl in Ihrer Wohnung                                    |    |      |           |
|                   | Sie können Treppen selbstständig überwinden                                    |    |      |           |
|                   | Sie können sich ohne Hilfsmittel selbstständig fortbewegen                     |    |      |           |
|                   | Sie haben gelegentlich Gleichgewichtsprobleme oder Schwindel                   |    |      |           |
|                   | Sie fühlen sich in einer aufrechten Position unsicher                          |    |      |           |
|                   | Sie sind bettlägerig                                                           |    |      |           |

**Sie leiden unter besonderen Einschränkungen, die oben nicht aufgeführt sind?**

**Pflegedienst-Kennung:**

**Wie geht es weiter?** -> Bitte übermitteln Sie die Dokumente und ggf. Bilder per Übermittlungsformular, per Mail oder bequem per WhatsApp. Die Bearbeitung erfolgt in Kürze. Bei Rückfragen nehmen wir Kontakt zu Ihnen auf. Sie erhalten eine kurze Bestätigung, sobald der Antrag bei der Pflegekasse eingereicht wurde.



Direkt zu WhatsApp



Direkt zur Onlineübermittlung



Zum Onlineformular