

bkk melitta hmr

Pflegekasse

Marienstraße 122
32372 Minden

Persönliche Angaben		
Name, Vorname des/der Versicherten/ Pflegebedürftigen	Versicherungsnummer	Geburtsdatum
Straße, Nr.	PLZ, Ort	
E-Mail-Adresse ¹	Telefonnummer ¹	

1 - freiwillige Angabe

Es haben/werden sich Änderungen in meiner pflegerischen Versorgung ergeben. Ich beantrage daher folgende Leistungen:

Sachleistung ab dem _____ nehme ich folgenden Pflegedienst in Anspruch:

Name, Anschrift und Rufnummer des Pflegedienstes

sowie **anteiliges Pflegegeld**, wenn die Sachleistung nicht voll ausgeschöpft wird.

Name, Anschrift und Rufnummer der Pflegeperson

Es ist keine Pflegeperson vorhanden.

Umwandlung von bis zu 40 % des Sachleistungsanspruches für Betreuungs- und Entlastungsangebote ab dem _____. Gerne beraten wir Sie zu den Möglichkeiten.

Pflegegeld für eine private Pflegeperson ab dem _____

Name, Anschrift und Rufnummer der Pflegeperson

Zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen ab dem _____
(Wohngruppenschlag)*

Name und Adresse der Wohngemeinschaft

Gründungsdatum

* Bitte einreichen

- Nachweis, dass Sie mit mindestens 2 und höchstens 11 weiteren Personen in einer ambulant betreuten Wohngruppe leben, wovon mindestens zwei weitere Personen pflegebedürftig sind
- den Mietvertrag einschließlich des Grundrisses der Wohnung und den Pflegevertrag
- Vorname, Name, Anschrift und Telefonnummer sowie Unterschrift der Person, die durch die Mitglieder gemeinschaftlich beauftragt ist, unabhängig von der individuellen pflegerischen Versorgung allgemeine, organisatorische, verwaltende, betreuende oder hauswirtschaftliche Unterstützung leistet. Hierfür benötigen wir eine Aufstellung der vereinbarten Aufgaben.

Tagespflege/Nachtpflege (teilstationäre Pflege) ab dem _____

Name, Anschrift und der Tages-/Nachtpflegeeinrichtung

Vollstationäre Pflege ab dem _____

Name, Anschrift und des Pflegeheims

Bankverbindung für die Überweisung des Pflegegeldes:

IBAN (internationale Kontonummer)

BIC (internationale Bankleitzahl)

Kontoinhaber

Kreditinstitut

Mir ist bekannt, dass gegebenenfalls überzahlte Pflegegeldbeträge zurückgezahlt werden müssen.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter/r bzw. gesetzlicher Vertreter/in

Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 60-62 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 28 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen.

Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie unter www.bkk-melitta-hmr.de oder fordern Sie diese gerne direkt bei uns per Telefon unter **0571 93409-0** oder per E-Mail unter datenschutz@bkk-melitta.de an.