

## Antrag auf pauschalen Wohngruppenzuschlag gem. § 4 Abs. 7 a MB/PPV 2019, Nr. 13 Tarif PV (§ 38 a SGB XI)

Name der versicherten Person

Anschrift der versicherten Person

Wann sind Sie in die Wohngruppe eingezogen?

 (bitte Datum eintragen)

Mit wie vielen Personen leben Sie insgesamt zusammen?

 Personen (bitte Anzahl eintragen)

Mit wie vielen pflegebedürftigen Personen leben Sie zusammen?

 Personen (bitte Anzahl eintragen)

In dem Gutachten des MDK oder von MEDICPROOF muss mindestens Pflegebedürftigkeit in Form des Pflegegrades 1 festgestellt worden sein.

**Leben Sie als Wohngruppe in einer gemeinsamen Wohnung/in einem gemeinsamen Haus?**

Die gemeinsame Wohnung oder das gemeinsame Haus muss Ihr Wohnsitz sein.

Neben den Räumen der Bewohner müssen auch Räume für das Gemeinschaftsleben vorhanden sein.

☐ Ja ☐ Nein (Zutreffendes bitte ankreuzen)

**Werden Sie und Ihre Mitbewohner in der gemeinsamen Wohnung/dem gemeinsamen Haus pflegerisch versorgt?**

Die pflegerische Versorgung kann z. B. durch einen ambulanten Pflegedienst oder eine Einzelpflegekraft erfolgen oder sonst in geeigneter Weise selbst sichergestellt sein, z. B. durch Angehörige, Nachbarn etc. Die ambulanten Leistungen, die der Anbieter der Wohngruppe oder ein Dritter für die pflegebedürftigen Bewohner erbringt, dürfen dabei nicht weitgehend den Leistungsumfang einer stationären Versorgung, d. h. einer Vollversorgung, erreichen.

☐ Ja ☐ Nein (Zutreffendes bitte ankreuzen)

**Ist in der Wohngruppe mindestens eine Pflegekraft (Präsenzkraft) tätig, die allgemeine organisatorische, verwaltende, betreuende oder das Gemeinschaftsleben fördernde Tätigkeiten verrichtet oder hauswirtschaftliche Unterstützung leistet?**

Die Präsenzkraft muss keine ausgebildete Pflegefachkraft sein. Sie muss von den Mitgliedern der Wohngruppe gemeinschaftlich beauftragt worden sein. Eine hauswirtschaftliche Unterstützung besteht nicht in der vollständigen Übernahme von Tätigkeiten, sondern muss den pflegebedürftigen Bewohner miteinbeziehen.

☐ Ja ☐ Nein (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben. Sollten sich diesbezüglich Änderungen ergeben, z. B. Auflösung der Wohngruppe (es wohnen weniger als drei pflegebedürftige Personen in der Wohngruppe), Umzug der versicherten Person, ersatzloser Weggang der Präsenzkraft, pflegerische Versorgung in der Wohnung findet nicht mehr statt, werde ich dies umgehend meinem Versicherer mitteilen. Sobald eine oder mehrere dieser Änderungen vorliegen, besteht mein Anspruch auf den pauschalen Wohngruppenzuschlag nicht mehr. Teile ich solche Änderungen meinem Versicherer nicht mit, liegt eine Obliegenheitsverletzung vor. Diese Obliegenheitsverletzung berechtigt meinen Versicherer, den nach dem Vorliegen der Änderung/en an mich gezahlten pauschalen Wohngruppenzuschlag von mir zurückzufordern.

Ort, Datum

Versicherte Person, gesetzlicher Vertreter oder sonstige mit einer Vollmacht versehene Person

