

Versichertennummer																					
Antrag für einen Zuschuss zu einer ambulanten Wohngruppe																					
Persönliche Angaben																					
Name, Vorname des/der Versicherten	Geburtsdatum/Versichertennummer																				
,	/																				
Anschrift																					
Die ambulante Wohngruppe wurde am gegründet.																					
Präsenzkraft der ambulanten Wohngruppe																					
Name, Vorname	Anschrift																				
Die Präsenzkraft übernimmt: ☐ Organisatorische Aufgaben ☐ Verwaltende Aufgaben ☐ Pflegerische Aufgaben ☐ Sonstiges: _____																					
Ich bestätige, dass ☐ ich mit mindestens zwei und maximal elf weiteren pflegebedürftigen Personen in der Wohngruppe lebe ☐ jeder Bewohner ein eigenes Zimmer besitzt ☐ es einen Raum zur gemeinschaftlichen Nutzung gibt																					
Der monatliche Zuschuss soll auf folgendes Konto überwiesen werden (Bitte beachten Sie, dass die Zuzahlung nur an Versicherte erfolgen kann):																					
IBAN	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;">D</td> <td style="width: 10%;">E</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>	D	E																		
D	E																				
BIC	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																				
Geldinstitut																					
Kontoinhaber																					
Meine Pflege wird sichergestellt durch:																					
Name, Vorname der Pflegeperson/Name des Pflegedienstes	Anschrift																				
Ort, Datum	Unterschrift aller gesetzlichen Vertreter																				
Bei Fragen bin ich erreichbar																					
E-Mail:	Telefon:																				

Nutzen Sie für die Zusendung den für Sie einfachsten Weg:

E-Mail:	info@big-direkt.de	Datenschutz bei der BIG Als gesetzliche Pflegekasse gehen wir mit Ihren Daten sensibel und sorgfältig um. In diesem Formular erfragen wir Ihre personenbezogenen Daten, um Ihren Antrag für einen Zuschuss zu einer ambulanten Wohngruppe nach § 38a XI zu bearbeiten. Ihre personenbezogenen Daten geben wir nicht an Dritte weiter. Ihre hier erhobenen Daten speichern wir für 6 Jahre und löschen sie dann.
Fax:	0231 5557-199	
Post:	BIG direkt gesund Pflege Postfach 10 06 42 44006 Dortmund	