

# ANTRAG AUF KOMBINATIONSVERSORGUNG

Antragsteller / Antragstellerin:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Angaben zur Kombinationsleistung

Hiermit beantrage ich die Kombinationsleistung nach § 44 SGB XI in Verbindung mit § 45 SGB XI, die Leistungen der Pflegeversicherung mit Leistungen der Eingliederungshilfe zu kombinieren. Diese Leistungen sollen in der Weise erbracht werden, dass meine individuelle Versorgungssituation bestmöglich berücksichtigt wird und eine bedarfsgerechte Unterstützung gewährleistet ist.

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Art der Eingliederungshilfe: \_\_\_\_\_

## Weitere Angaben

Name und Anschrift des Kostenträgers: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen (falls vorhanden): \_\_\_\_\_

## Erklärung des Antragstellers / der Antragstellerin

Ich versichere, dass die gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Mir ist bekannt, dass falsche oder unvollständige Angaben zu Nachteilen führen können. Ich erteile hiermit die Zustimmung zur Datenverarbeitung und -übermittlung im Rahmen der Antragsbearbeitung.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://gesundheit-experte.com/antrag-auf-kombinationsleistung/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://gesundheit-experte.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.  
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.  
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.