

**Antrag auf Gewährung von Pflegegeld an Schwerbehinderte
nach dem Landespflegegeldgesetz (LPfGG)
(zuletzt geändert am 28.03.1995)**

Eingangsstempel

Name, Vorname, ggf. Geburtsname

Geburtsdatum und -ort

wohnhaft

Telefon-Nr.

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ getrennt lebend / geschieden

Name und Vorname des nächsten Angehörigen

Verwandtschaftsverhältnis

wohnhaft

Telefon-Nr.

Sind oder waren Sie oder Ihr Ehegatte im öffentlichen Dienst beschäftigt? (Bei Kindern: ein Elternteil)

☐ nein

☐ als Beamter

☐ ja, welche Dienststelle

☐ als Angestellter/Arbeiter

Besteht Beihilfeanspruch?
(auch Pauschalbeihilfe)

☐ Ja

☐ Nein

Name, Vorname, Anschrift des Betreuers (Bestellungsurkunde beifügen)

Ursache der Behinderung:

☐ von Geburt

☐ Unfall

☐ Krankheit

☐ Kriegseinwirkung

Die Behinderung wurde bisher behandelt von (bitte Hausarzt bzw. Krankenhaus angeben und vorhandene Unterlagen beifügen)

Bei Unfall oder anderen Schadensereignissen:

Bestehen Ansprüche auf Schmerzensgeld oder Schadenersatz gegen Dritte?

☐ Nein

☐ Ja (Name, Anschrift)

Wird eine Einrichtung besucht?

☐ Nein

☐ Ja, folgende

☐ Kindergarten/Sonderkindergarten

☐ Schule/Sonderschule

☐ Werkstatt für Behinderte

☐ Altenheim/Pflegeheim/Kurzzeitpflege

☐ Tag- oder Nachtambulanz

☐ sonstige Tagesbetreuungsstätte

☐ Internat

Name und Anschrift der Einrichtung

Werden Pflegeleistungen bezogen?☐ Ja☐ Nein☐ Beantragt

(bei allen Leistungsarten Kopie des Bescheides beifügen)

EUR

1. Pflegegeld/-leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI)
2. Pflegeleistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG)
3. Pflegeleistungen der Berufsgenossenschaften
4. Pflegezulage nach dem LAG (Lastenausgleichsgesetz) oder dem BEG (Bundesentschädigungsgesetz)
5. Sonstige Pflegeleistungen (z.B. Haftpflicht)

Name und Anschrift der Krankenkasse/Pflegekasse und/oder Beihilfestelle

Wurde bereits in der Vergangenheit ein Antrag auf Landespflegegeld gestellt?

☐ Ja☐ Nein**Zahlungen können nur auf das Konto der Landespflegegeldberechtigten bzw. gesetzlichen Vertreters erfolgen.**

Geldinstitut

IBAN

BIC.

Ich versichere, vorstehende Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben**und****nehme hiermit zur Kenntnis, dass**

- a) ich jede Änderung der Umstände, welche für die Gewährung des Pflegegeldes maßgebend sind, der Bewilligungsbehörde unverzüglich und unaufgefordert mitteilen muss (z.B. Todesfall, Volljährigkeit, Umzug, Besserung des Gesundheitszustandes, Eintritt in den öffentlichen Dienst). Dies gilt insbesondere für anrechenbare Pflegegeldleistungen oder die Aufnahme in eine Anstalt, ein Heim oder eine gleichartige Einrichtung (z.B. Altenheim, Krankenhaus, Pflegeheim, Kurzzeitpflegeeinrichtung, Schule, Internat, Kindergarten, Rehabilitationszentrum). Es reicht aus, wenn sich die Betreuung nur über einen Teil des Tages erstreckt.
- b) überzahlte Beträge zu erstatten sind, insbesondere wenn die nach Buchstabe a) genannte Mitteilungspflicht nicht beachtet wurde.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers
(bzw. des gesetzlichen Vertreters)**Bestätigung des Einwohnermeldeamtes (nicht zwingend erforderlich)**Vorstehende Personalangaben sind richtig. Der Schwerbehinderte hat seinen **gewöhnlichen** Aufenthalt in

Einwohnermeldeamt (Name), Datum

Dienstsiegel

Unterschrift

Anlage

zum Antrag auf Landespflegegeld

**ERKLÄRUNG
ÜBER DIE ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT**

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Gesetzlicher Vertreter:

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, Kliniken, ärztliche Gutachter und den medizinischen Dienst der Kranken- und Pflegekassen von der ärztlichen Schweigepflicht für die im Rahmen des Landespflegegeldgesetzes (LPfGG) benötigten Auskünfte gegenüber dem zuständigen Leistungsträger.

Ebenso erkläre ich ausdrücklich, dass die zuständige Krankenkasse berechtigt ist, personenbezogene Daten an den Leistungsträger zu offenbaren, soweit diese für die Durchführung des Landespflegegeldgesetzes unbedingt notwendig sind.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in / Vertreter/in
- unzutreffendes bitte streichen -

Attest
zu einem Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Landespflegegeldgesetz - LPfGG -
vom 31.10.1974

Frau/Herr geb. am

wohnhaft in

steht bei mir seit in Behandlung.

Diagnose

Ausfallerscheinungen

Allgemeinzustand: Kachexie ☐ reduziert ☐ ausreichend ☐ gut

	ja	nein
1. Es liegt ein Verlust beider Beine im Oberschenkel vor	☐	☐
bei dem		
eine prothetische Versorgung nicht möglich ist	☐	☐
oder		
eine weitere wesentliche Behinderung vorliegt, und zwar	☐	☐

2. Es handelt sich um einen Ohnhänder ☐ ja ☐ nein

3. Es handelt sich um den Verlust dreier Gliedmaßen ☐ ja ☐ nein
(als Gliedmaße gilt mindestens die ganze Hand oder der ganze Fuß)

4. Es handelt sich um den Funktionsausfall durch Lähmungen oder durch sonstige ☐ ja ☐ nein
Bewegungsbehinderungen, vergleichbar den vorgenannten Fallgruppen,

☐ li. Hand (Arm) ☐ re. Hand (Arm)

☐ li. Fuß (Bein) ☐ re. Fuß (Bein)

Es liegt eine Gebrauchsbehinderung an mehreren Gliedmaßen vor, nämlich infolge ☐ ja ☐ nein
Parese oder sonstiger Veränderungen,

☐ li. Hand (Arm) ☐ re. Hand (Arm)

☐ li. Fuß (Bein) ☐ re. Fuß (Bein)

sie ist: ☐ hochgradig ☐ schwer ☐ mittel ☐ leicht

	ja	nein
5. Es handelt sich um eine Hirnbeschädigung (traumatisch oder durch Erkrankung, wie z.B. ein cerebraler Gefäßprozess, eine Multiple Sklerose)	☐	☐
mit einer körperlich schweren Störung	☐	☐
an folgendem Organ:		
mit einer schweren geistigen oder schweren seelischen Störung bzw. Behinderung (Verwirrt sein, erhebliche Störung der Affektivität)	☐	☐
6. Es besteht eine dauernde außergewöhnliche motorische Unruhe, wegen der es ständiger Aufsicht bedarf (z.B. erethischer Schwachsinn, sklerotische Verwirrtheit)	☐	☐
7. Die/Der Behinderte ist so hilflos, dass sie/er für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (z.B. An- und Auskleiden, Waschen, Kämmen, Körperhygiene, Einnehmen von Speisen und Getränken, Verrichten der Notdurft, Bewegung innerhalb und außerhalb der Wohnung) in erheblichem Umfang fremder Hilfe dauernd bedarf	☐	☐
Darüber hinaus ist eine ständige Bereitschaft der Pflegeperson zu fordern (das ist der Fall, wenn der Behinderte auch vorübergehend nicht allein gelassen werden kann)	☐	☐
oder		
es sind an die physischen und an die psychischen Kräfte der Pflegeperson besonders hohe Anforderungen zu stellen.	☐	☐

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes