

ANTRAG

auf Gewährung von Pflegegeld nach dem Landespflegegeldgesetz (LPfIGG)

an die

KREISVERWALTUNG DONNERSBERGKREIS, Umlandstraße 2, 67292 Kirchheimbolanden

Name und Geburtsname	Geburtsdatum
Familienstand <input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> verwitwet <input type="radio"/> getrennt lebend	Geburtsort
Straße, Hausnummer _____	
Postleitzahl, Wohnort _____	
Telefonnummer _____	
dort wohnhaft seit _____	
<u>Gesetzlicher Vertreter – Betreuer nach dem Betreuungsgesetz:</u>	
Name _____	
Anschrift _____	
Wirkungskreis (Bestellung beifügen) _____	
<u>Folgende Behinderungen werden geltend gemacht:</u>	
<input type="radio"/> 1) Verlust beider Beine im Oberschenkel; eine prothetische Versorgung ist nicht möglich bzw. es liegt eine weitere wesentliche Behinderung vor	<input type="radio"/> 5) Hirnschädigungen mit schweren körperlichen und schweren geistigen oder seelischen Störungen <u>und</u> Gebrauchsbehinderung mehrerer Gliedmaßen
<input type="radio"/> 2) Ohnhänder	<input type="radio"/> 6) Schwere geistige oder seelische Behinderungen bei Personen, die wegen dauernder und außergewöhnlicher motorischer Unruhe ständiger Aufsicht bedürfen
<input type="radio"/> 3) Verlust dreier Gliedmaßen	<input type="radio"/> 7) Ein dauerndes Krankenlager erfordernder Leidenszustand oder außergewöhnliche Pflegebedürftigkeit (die mit einer Behinderung nach den Nummern 1 bis 6 vergleichbar sind)
<input type="radio"/> 4) Personen mit Lähmungen oder sonstigen Bewegungsbehinderungen, wenn diese Behinderungen denjenigen der in den Nummern 1 bis 3 genannten Personen gleichkommen	
<u>Ursache der Behinderung:</u>	
<input type="radio"/> von Geburt <input type="radio"/> Unfall <input type="radio"/> Krankheit <input type="radio"/> Kriegseinwirkung <input type="radio"/> sonstige Ursachen	
<u>Die Behinderung wurde bisher behandelt von folgendem Arzt:</u>	
Name _____	
Anschrift _____	
<u>Zeit der Behandlung</u>	
<u>Es wird folgende teilstationäre Einrichtung/Schule besucht:</u>	
<input type="radio"/> Sonderkindergarten <input type="radio"/> Sonderschule <input type="radio"/> Werkstatt für Behinderte <input type="radio"/> Tag- oder Nachtklinik <input type="radio"/> Schule <input type="radio"/> sonstige Tagesbetreuungsstätte <input type="radio"/> keine	
Name und Anschrift der Einrichtung/Schule: _____	

Es werden folgende Pflegeleistungen bezogen:	
1) Pflegezulage nach Bundesversorgungsgesetz und nebenrechtlicher Bestimmungen (z. B. Soldatenversorgungsgesetz) _____ €	5) Pflegeleistungen auf privatrechtlicher Grundlage (z. B. Versicherungen) _____ €
2) Pflegezulage nach dem Lastenausgleichsgesetz _____ €	6) Sonstige Pflegeleistungen (insbesondere Beihilfe im öffentlichen Dienst) _____ €
3) Pflegezulage nach dem Bundesentschädigungsgesetz _____ €	7) Pflegeleistungen der Krankenkasse: Name: _____
4) Pflegeleistungen nach versicherungsrechtlichen Vorschriften _____ €	a) Geldbetrag _____ € b) Leistung durch Sozialstation oder Privatpflege <input type="checkbox"/>
Falls ein Anspruch auf eine der o. g. Leistungen besteht:	
Wird Gehalt oder Pension aus Beschäftigung im öffentlichen Dienst bezogen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zahlende Stelle:	Pers.-Nr.:
Wird Lastenausgleichsunterhaltshilfe bezogen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Vom Ausgleichsamt:	AZ.:
Werden Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz bezogen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Vom Versorgungsamt:	
Wird der/die AntragstellerIn von einer Sozialstation betreut?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Von welcher?	
Wenn ja, in welchem Umfang?	
Zahlungen sollen auf folgendes Konto erfolgen:	
Konto-Inhaber:	
IBAN:	BIC: Kreditinstitut:

Ich versichere, vorstehende Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- jede Änderung der Umstände, welche für die Gewährung des Pflegegeldes maßgebend ist, der Bewilligungsbehörde unverzüglich und unaufgefordert mitgeteilt werden muss. Dies gilt insbesondere für anrechenbare Pflegeleistungen oder die Aufnahme in Anstalten, Heimen und gleichartigen Einrichtungen sowie in teilstationären Einrichtungen und Schulen;
- überzahlte Beträge zu erstatten sind, insbesondere wenn die nach Buchstabe a) genannte Mitteilungspflicht nicht beachtet wurde.

_____, _____
Ort, Datum

Unterschrift
(Bei Minderjährigen ist der Antrag durch den gesetzlichen Vertreter zu unterschreiben!)

Von der für den g. A. des Antragstellers zuständigen Gemeinde-, Verbandsgemeinde- oder Stadtverwaltung auszufüllen:

Vorstehende Personalangaben sind richtig.

Der Antragsteller hat seinen g. A. in: _____

(Stempel-Datum-Unterschrift)