

Eingang am: _____

Antrag auf Gewährung von Pflegegeld an schwerbehinderte Menschen nach dem Landespflegegeldgesetz (LPfLGG)

Hinweis:

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 10 Landespflegegeldgesetz (LPfLGG) i.V.m. § 67 ff. Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X). Der Antragsteller erklärt sich mit der Antragstellung zur v.g. Datenerhebung und -verarbeitung einverstanden. Wir weisen darauf hin, dass die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird (§10 LPfLGG i.V.m. § 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I -). Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 10 LPfLGG i.V.m. § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Leistung ganz oder teilweise wegen fehlender Mitwirkung versagt werden.

Name des zu Pflegenden		Vorname	Geburtsdatum	
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend			Geburtsort	
Straße	Wohnort		seit wann?	
Aufenthaltsverhältnisse:				
Gesetzlicher Vertreter – Betreuer				
Name, Vorname	Straße	Wohnort	Wirkungskreis (Bestellung beifügen!)	
Person, die die Pflege durchführt				
Name, Vorname	Straße	Wohnort		
Folgende Behinderungen werden geltend gemacht:				
<input type="checkbox"/>	1. Verlust beider Beine im Oberschenkel; eine prothetische Versorgung ist nicht möglich bzw. es liegt eine weitere wesentliche Behinderung vor			
<input type="checkbox"/>	2. Verlust beider Hände (Ohnhänder)			
<input type="checkbox"/>	3. Verlust dreier Gliedmaßen			
<input type="checkbox"/>	4. Lähmungen oder sonstige Bewegungsbehinderungen, wenn diese Behinderungen denjenigen der in den Nummern 1 bis 3 genannten gleichkommt			
<input type="checkbox"/>	5. Hirnschädigung mit schweren körperlichen und schweren geistigen oder seelischen Störungen und Gebrauchsbehinderung mehrerer Gliedmaßen			
<input type="checkbox"/>	6. Schwere geistige oder seelische Behinderung bei Personen, die wegen außergewöhnlicher motorische Unruhe ständiger Aufsicht bedürfen			
<input type="checkbox"/>	7. Sonstige Behinderung bei Personen, deren dauerndes Kranklager erfordernder Leidenszustand oder deren Pflegebedürftigkeit aus anderen Gründen so außergewöhnlich ist, dass ihre Behinderung den Behinderungen der Nummern 1 bis 6 vergleichbar ist			
Ursache der Behinderung:				

von Geburt Unfall Krankheit Kriegseinwirkung sonstige Ursachen

Behandlung durch: _____ Wann zuletzt? _____
(Bitte Arzt bzw. Krankenhaus angeben und vorhandene Unterlagen beifügen!)

Es wird folgende teilstationäre Einrichtung besucht:

Sonderkindergarten Sonderschule Werkstatt für Behinderte Tag- oder Nachtambulanz
 sonstige Tagesbetreuungsstätte sonstige Schulen (Grund- und weiterführende Schulen)

Name der Einrichtung: _____

Es werden folgende Pflegeleistungen bezogen:

1. Pflegegeld nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) _____ €
2. Blindenhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) _____ €
3. Pflegezulage nach dem BVG und nebenrechtlicher Bestimmungen (z.B. Soldatenversorgungsgesetz) _____ €
4. Pflegezulage nach dem Lastenausgleichsgesetz (LAG) _____ €
5. Pflegezulage nach dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG) _____ €
6. Pflegeleistungen nach versicherungsrechtlichen Vorschriften _____ €
7. Pflegeleistungen auf privatrechtlicher Grundlage (z.B. Versicherungen) _____ €
8. Beihilfeanspruch nach öffentl. rechtl. Vorschriften _____ €
9. sonstige Pflegeleistungen _____ €
10. Leistungen wegen Schwerstpflegebedürftigkeit durch die Krankenkasse/Pflegekasse
 Geldleistung Einsätze der Sozialstation o.ä. Kombinationslösung

gewährende Stellen (Ziff. angeben): _____

Falls noch ein weiterer Anspruch auf eine der o.g. Leistungen besteht:

Art des Anspruches: _____ Seit wann besteht der Anspruch? _____

Gegen wen richtet sich der Anspruch? _____

Wenn Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz bezogen werden:

Versorgungsamt: _____

Grundlistennummer: _____

Bei Heimaufenthalt:

Kostenträger: _____ mtl. Kosten: _____ €

Zahlungen sollen auf folgendes Konto erfolgen (nur Konto des Pflegebedürftigen angeben!):

Name des Kreditinstitut: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Ich versichere, vorstehende Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

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

v.g.u.

Ort, Datum

Unterschrift*

***(Bei Minderjährigen ist der Antrag durch den gesetzlichen Vertreter zu unterschreiben.)**