

ANTRAG

Gewährung von Pflegegeld an Schwerbehinderte nach dem Landespflegegeldgesetz und Blindengeld nach dem Landesblindengeldgesetz (LBlindenGG)

Nur außerhalb von Einrichtungen und besonderen Wohnformen!

Name (und Geburtsname), Vorname	Geburtsdatum
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend	Geburtsort
Wohnort, Straße	seit wann
Aufenthaltsverhältnisse:	
<input type="checkbox"/> Gesetzl. Vertreter <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer Name, Anschrift	Wirkungskreis (Bestallung beifügen)

Folgende Behinderungen werden geltend gemacht:

1 Verlust beider Beine im Oberschenkel; eine prothetische Versorgung ist nicht möglich bzw. es liegt eine weitere wesentliche Behinderung vor.	5 Hirnschädigungen mit schweren körperlichen und schweren geistigen oder seelischen Störungen und Gebrauchsbehinderungen mehrerer Gliedmaßen.
2 Verlust beider Hände (Ohnhänder).	6 Schwere geistige oder seelische Behinderungen bei Personen, die wegen dauernder und außergewöhnlicher motorischer Unruhe ständiger Aufsicht bedürfen.
3 Verlust dreier Gliedmaßen.	7 Ein dauerndes Krankenlager erfordernder Leidenszustand oder außergewöhnliche Pflegebedürftigkeit (die mit einer Behinderung nach den Nrn. 1 - 6 vergleichbar sind).
4 Lähmungen oder sonstige Bewegungsbehinderungen, wenn diese Behinderungen denjenigen der in den Nr. 1 - 3 genannten gleichkommen.	<input type="radio"/> Blindheit bzw. Gleichstellung nach § 1 Landesblindengeldgesetz.

Ursache der Behinderung:

von Geburt Unfall Krankheit Kriegseinwirkung Impfschaden

Die Behinderung wurde bisher behandelt von: (bitte Arzt bzw. Krankenhaus angeben und ärztliche Bescheinigungen beifügen)

Wann:

Wird die Pflege durch eine besondere Pflegekraft oder eine Pflegeeinrichtung (z. B. Sozialstation) ausgeführt?

ja Name und Anschrift der Pflegeperson oder der Pflegeeinrichtung:

nein

Es wird folgende teilstationäre Einrichtung besucht:

Sonderkindergarten Sonderschule Werkstatt für Behinderte
 Tag- oder Nachtklinik sonstige Tagesbetreuungsstelle

Name der Einrichtung:

Anschrift:

Es werden folgende Pflegeleistungen bezogen (bitte Bescheid beifügen):

1. Pflegegeld der Krankenkasse .	€	5. Pflegezulage nach dem BEG	€
2. Häusliche Pflegehilfe als Sachleistungen (Krankenkasse)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	6. Pflegeleistungen nach versicherungsrechtlichen Vorschriften	€
3. Pflegezulage nach dem BVG und nebenrechtlicher Bestimmungen (z. B. Soldatenversorgungsgesetz)	€	7. Pflegeleistungen auf privatrechtlicher Grundlage (z. B. Versicherungen)	€
4. Pflegezulage nach dem LAG	€	8. Sonstige Pflegeleistungen	€
Gewährende Stellen (Ziff. angeben):		9. Besteht Anspruch auf Beihilfe nach den Beihilfenvorschriften des öffentlichen Dienstes	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ggf. Name und Anschrift der Beihilfestelle:

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

Art des Anspruchs:
Seit wann besteht der Anspruch?
Gegen wen richtet sich der Anspruch
Werden Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz bezogen? Ggf. bitte das hierfür zuständige Versorgungsamt und die Grundlistennummer angeben
Name und Anschrift der Krankenkasse
Zahlungen sollen auf folgendes Konto erfolgen: (bitte IBAN und BIC angeben)
Stellen Sie gleichzeitig einen Antrag auf Blindenhilfe gemäß § 72 Sozialgesetzbuch XII? (Einkommens- und Vermögensabhängig!) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<p>Ich versichere, vorstehende Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.</p> <p>Ich bin mündlich und/oder persönlich darauf hingewiesen worden, dass</p> <p>a) jede Änderung der Umstände, welche für die Gewährung des Pflegegeldes maßgebend sind, 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;</p> <p>b) überzahlte Beträge zu erstatten sind, insbesondere wenn die nach Buchstabe a) genannte Mitteilungspflicht nicht beachtet wurde.</p> <p>Ich entbinde die Ärzte, die mich behandelt haben oder denen ich vorgestellt werde, von der ärztlichen Schweigepflicht. Die Entbindung beschränkt sich auf die, für die Beantragung der jeweiligen Leistung notwendigen ärztlichen Stellungnahmen.</p>
<p>_____ Ort, Datum</p> <p>_____ *eigenhändige Unterschrift oder die des gesetzl. Vertreters</p>

*Bei Unterschrift der Angehörigen, die keine gesetzl. Vertreter sind, ist eine entsprechende Vollmacht beizufügen.