



Antrag auf Gewährung von Pflegegeld nach dem Landespflegegeldgesetz (LPfGG)
 Blindengeld nach dem Landesblindengeldgesetz (LBlindenGG)

Name (Geburtsname)	Vorname	
Geburtsort	Geburtsdatum	Telefon
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend		
PLZ Wohnort	Straße und Hausnummer	seit wann?
weitere Wohnsitze: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja in:		
<input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/> Betreuer (Bestellungsurkunde beifügen) <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter (Vollmacht beifügen)		
Name, Vorname, Anschrift		
Sind Sie im Besitz eines gültigen Schwerbehindertenausweises? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Kopie Vorder/Rückseite sowie Kopie des Feststellungsbescheides des Amtes für soziale Angelegenheiten beifügen.		

Folgende Behinderungen werden geltend gemacht:

- Verlust beider Beine im Oberschenkel; eine prothetische Versorgung ist nicht möglich bzw. es liegt eine weitere wesentliche Behinderung vor
- Verlust beider Hände (Ohnhänder)
- Verlust dreier Gliedmaßen
- Lähmungen oder sonstige Bewegungsbehinderungen, wenn diese Behinderungen denjenigen der in den Nummern 1 bis 3 genannten gleichkommen
- Hirnbeschädigungen mit schweren körperlichen und schweren geistigen oder seelischen Störungen und Gebrauchsbehinderung mehrerer Gliedmaßen
- Schwere geistige oder seelische Behinderungen bei Personen, die wegen dauernder und außergewöhnlicher motorischer Unruhe ständige Aufsicht bedürfen
- ein dauerndes Krankenlager erfordernder Leidenszustand oder außergewöhnliche Pflegebedürftigkeit (die mit einer Behinderung nach den Nummern 1 bis 6 vergleichbar sind)
- Blindheit

Ursache der Behinderung:

von Geburt Unfall Krankheit Kriegseinwirkung Impfschaden

Die Behinderung wurde bisher behandelt von: _____

(bitte Arzt bzw. Krankenhaus sowie Jahr der Behandlung angeben und vorhandene Unterlagen beifügen)

Wer übt die Pflege aus?

Name und Anschrift der Pflegeperson

Ist die Pflegeperson mit dem Behinderten verwandt?

Verwandtschaftsverhältnis angeben



Es wird folgende teilstationäre Einrichtung besucht:

Sonderkindergarten Schule Werkstatt für Behinderte Tag- oder Nachtambulanz sonstige Tagesbetreuung

Name und Anschrift der Einrichtung:

Sind Sie in einem Heim untergebracht? nein ja monatliche Pflegekosten: _____ EUR

Name und Anschrift der Einrichtung

Kostenträger (Name und Anschrift)

Es werden folgende Leistungen bezogen:

1. Pflegegeld nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	in Höhe von €
2. Blindenhilfe nach dem SGB XII	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	in Höhe von €
3. Pflegezulage nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) und nebenrechtlicher Bestimmungen (z.B.Soldatenversorgungsgesetz)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	in Höhe von €
4. Pflegezuschlag nach dem Lastenausgleichsgesetz (LAG)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	in Höhe von €
5. Pflegezulage nach dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	in Höhe von €
6. Pflegeleistungen Ihrer Pflegekasse/ Krankenkasse oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	in Höhe von €
7. Pflegeleistungen auf privatrechtlicher Grundlage (z.B. Versicherungen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	in Höhe von €
8. Sonstige Pflegeleistungen (Art der Leistung)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	in Höhe von €
Name und Anschrift der gewährenden Stellen zu Ziffern.....		



Bestehen noch weitere Ansprüche ?

(z.B. Beihilfeanspruch nach den Vorschriften für Angehörigeim öffentlichen Dienst)

nein ja

Art des Anspruches und gegen wen richtet er sich?

Werden Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) bezogen?

nein ja

Bitte das zuständige Amt für soziale Angelegenheiten (Versorgungsamt) und die Grundlistennummer angeben.

Zahlungen sollen auf folgendes Konto erfolgen:

Kontoinhaber	Kontonummer
Bank oder Sparkasse	BLZ

Ich versichere, vorstehende Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben. Ärzte, die mich behandelt haben oder denen ich vorgestellt werde, entbinde ich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- jede Änderung der Umstände, welche für die Gewährung des Pflegegeldes/Blindengeldes maßgebend ist, der Bewilligungsbehörde unverzüglich und unaufgefordert mitgeteilt werden muss. Dies gilt insbesondere für anrechenbare Pflegeleistungen oder die Aufnahme in Anstalten, Heime und gleichartige Einrichtungen sowie in teilstationäre Einrichtungen; auch Aufenthalte von mehr als 28 Tagen in Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen etc. sind zu melden.
- überzahlte Beträge zu erstatten sind, insbesondere wenn die nach Buchstabe a) genannte Mitteilungspflicht nicht beachtet wurde.

Ort, Datum

Unterschrift (Bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)