

**ANTRAG**

auf Gewährung von Pflegegeld an Schwerbehinderte nach dem Landespflegegeldgesetz (LPfGG)

Name (u. Geburtsname) Vorname		Geburtsdatum
Familiestand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend		Geburtsort
Wohnort	Wohnung (Straße)	seit wann?
Aufenthaltsverhältnisse		Einkommen mtl. (Art und Höhe)
Gesetzlicher Vertreter - Vormund - Pfleger		
Name	Anschrift	Wirkungskreis (Bestallung beifügen)
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"/> (5) Hirnbeschädigungen mit schweren körperlichen und geistigen oder seelischen Störungen und Gebrauchsbehinderung mehrerer Gliedmaßen	
<input type="checkbox"/> (2) Verlust beider Hände (Ohnhänder)	<input type="checkbox"/> (6) Schwere geistige oder seelische Behinderungen bei Personen, die wegen dauernder und außergewöhnlicher motorischer Unruhe ständiger Aufsicht bedürfen	
<input type="checkbox"/> (3) Verlust dreier Gliedmaßen	<input type="checkbox"/> (7) ein dauerndes Krankenlager erfordernder Leidenszustand oder außergewöhnliche Pflegebedürftigkeit ( die mit einer Behinderung nach den Nr. 1 bis 6 vergleichbar sind).	
<input type="checkbox"/> (4) Lähmungen oder sonstige Bewegungsbehinderungen, wenn diese Behinderungen denjenigen in den Nummern 1 bis 3 genannten gleichkommen		
Ursache der Behinderung		
<input type="checkbox"/> von Geburt <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Kriegseinwirkung <input type="checkbox"/> sonstige Ursache		
Die Behinderung wurde bisher behandelt von: (bitte Arzt bzw. Krankenhaus angeben und vorhandene Unterlagen beifügen)		
Wer übt die Pflege aus? (Bitte Name und Anschrift der Pflegeperson angeben)		
Ist die Pflegeperson mit dem Behinderten verwandt? (Verwandtschaftsverhältnis angeben)		
Es wird folgende teilstationäre Einrichtung besucht:		
<input type="checkbox"/> Sonderkindergarten	<input type="checkbox"/> Sonderschule	<input type="checkbox"/> Werkstatt für Behinderte
<input type="checkbox"/> Tag- oder Nachtklinik	<input type="checkbox"/> sonstige Tagesbetreuungsstätte	
<input type="checkbox"/> sonstige Schule		
Name der Einrichtung:		
Der Antragsteller ist Inhaber eines		
<input type="checkbox"/> Schwerkriegsbeschädigtenausweises	<input type="checkbox"/> Schwerbeschädigtenausweises	<input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweises
Ausstellende Stelle		Geschäftszeichen:
Bei der LVA	BfA Berlin	liegen Rentenakten <input type="checkbox"/> vor / <input type="checkbox"/> nicht vor
Geschäftszeichen:		

<b>Es werden folgende Leistungen bezogen:</b>			
1. Pflegegeld der Pflegekasse Stufe	Euro	5. Pflegezulage nach dem BEG	Euro
2. Landesblindengeldgesetz	Euro	6. Pflegeleistungen nach versicherungsrechtlichen Vorschriften	Euro
3. Pflegezulage nach dem BVG und nebenrechtlicher Bestimmungen (z.B. Soldatenversorgungsgesetz)	Euro	7. Pflegeleistungen auf privatrechtlicher Grundlage (z.B. Versicherungen)	Euro
4. Pflegezulage nach dem LAG	Euro	8. sonstige Pflegeleistungen	Euro
Gewährende Stellen (Ziff. angeben):			
Falls noch ein weiterer Anspruch auf eine der o.g. Leistungen besteht: z.B. Beihilfeanspruch nach den Vorschriften für Angehörige im öffentlichen Dienst			
Art des Anspruchs:			
Seit wann besteht der Anspruch?		Gegen wen richtet sich der Anspruch?	
Werden Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz bezogen? Gegebenenfalls bitte das hierfür zuständige Versorgungsamt und die Grundlistennummer angeben.			
<b>BEI HEIMAUFWENTHALT</b>			
Kostenträger:		mtl. Pflegekosten Euro	
Zahlungen sollen auf folgendes Konto erfolgen:			
Ich versichere, vorstehende Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.			
Hiermit entbinde ich die mich bzw. den vorgenannten Schwerbehinderten bisher behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit ärztl. Stellungnahmen im Rahmen der Feststellung meiner Pflegebedürftigkeit notwendig sind.			
Ich bin darauf hingewiesen worden, dass			
a) jede Veränderung 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;			
b) überzahlte Beträge zu erstatten sind, insbesondere wenn die nach Buchstabe a) genannte Mitteilungspflicht nicht beachtet wurde.			
Ort, Datum			
* (Bei Minderjährigen ist der Antrag durch den gesetzlichen Vertreter zu unterschreiben)			
----- Unterschrift*			