



**BETR.: ANTRAG AUF ZUERKENNUNG BZW.
ERHÖHUNG DES PFLEGESELDES NACH
DEM BUNDESPFLEGESELDEGESETZ**

Eingelangt am:

Bitte unbedingt ausfüllen ¹⁾	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

FÜR

1) Falls die Versicherungsnummer nicht bekannt ist, geben Sie bitte Ihr Geburtsdatum in der Form TT MM JJ an.

Familien- und Vorname		Familienstand	Pensionsnummer/Aktenzeichen
Adresse - Straße, Gasse, Platz, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür			
Postleitzahl	Ort	Bezirk	Telefonnummer
Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem Heim, Krankenhaus, bei Familienangehörigen usw. geben Sie bitte die genaue Adresse bekannt			

DURCH (nur ausfüllen, wenn der Antrag von der pflegebedürftigen Person nicht selbst gestellt werden kann)

Familien- und Vorname			
Adresse - Straße, Gasse, Platz, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür			
Postleitzahl	Ort	Bezirk	Telefonnummer
ICH BIN	der gesetzliche Vertreter	der gerichtlich bestellte Sachwalter ²⁾	der Vormund ²⁾

2) Bitte Bestellurkunde dem Antrag beilegen, wenn die Bestellung dem Versicherungsträger noch nicht angezeigt wurde!

Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/>
--

Ich beantrage

**die ZUERKENNUNG DES PFLEGESELDES
die ERHÖHUNG DES PFLEGESELDES**

Die zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen Fragen beantworte ich wahrheitsgemäß auf der Rückseite dieses Antragsformblattes.

Ich nehme zur Kenntnis, dass jede mir bekannte Veränderung in den Voraussetzungen für den Pflegegeldbezug, die den Verlust, eine Minderung, das Ruhen des Anspruches (z.B. ab dem 2. Tag eines Krankenhausaufenthaltes oder bei Unterbringung in einer Anstalt auf Bundeskosten) oder eine Anrechnung auf das Pflegegeld (bei Bezug anderer pflegebezogener Leistungen neben dem Pflegegeld) zur Folge haben, der auszahlenden Stelle binnen vier Wochen zu melden ist.

.....
Datum

.....
Unterschrift

1. Wegen welcher Leiden ist Betreuung und Hilfe erforderlich bzw. hat sich Ihr Pflegebedarf erhöht?

(Eventuell vorhandene Befunde von Ihrem Arzt oder Krankenhaus legen Sie bitte bei - auch in Kopie.)

.....
.....

Bei neuerlicher Antragstellung vor Ablauf eines Jahres nach der letzten rechtsgültigen Entscheidung ist jedenfalls ein ärztliches Attest vorzulegen.

2. Sind Sie gehfähig und im Stande zu einer ärztlichen Untersuchung zu erscheinen?

- ja
- nein

3. Befinden oder befanden Sie sich innerhalb der letzten drei Monate vor der Antragstellung in einer in- oder ausländischen Krankenanstalt (z.B. Krankenhaus, Spital, Heilstätte, Kurheim)?

nein

ja

(Krankenanstalt, Aufenthalt von - bis, Kostenträger)

Sollten Sie über den Anstaltsaufenthalt Unterlagen besitzen, senden Sie diese bitte mit.

4. Sind Sie durch einen Unfall pflegebedürftig geworden?

nein

ja - Datum des Unfalls:

- | | | |
|--|----|------|
| Liegt fremdes Verschulden am Unfall vor? | ja | nein |
| Handelt es sich um einen Arbeitsunfall? | ja | nein |
| Wurde eine Unfallanzeige erstattet? | ja | nein |

Wenn ja, bei welcher Stelle?

5. Beziehen oder beantragten Sie auf Grund Ihres Gesundheitszustandes bereits eine dem Bundespflegegeld ähnliche in- oder ausländische Leistung (z.B. Landespflegegeld, Pflegezulage, Blindenzulage)?

nein

ja

(Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen)

6. Beziehen oder beantragten Sie auf Grund Ihres Gesundheitszustandes erhöhte Familienbeihilfe?

nein

ja

(auszahlende Stelle, Aktenzeichen)

7. Beziehen oder beantragten Sie noch eine weitere Pension oder Rente, einen Ruhe- oder Versorgungsgenuss und dergleichen?

nein

ja

(Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen)

Beilage(n):