

, den _____

Bearbeiter _____

Telefon-Nr. _____

Antrag auf Gewährung des Blinden-, Gehörlosen- / Pflegegeldes nach dem Landespflegegeldgesetz

1. Berechtigte(r)

1.1. Name, Vorname _____ Tel. _____

1.2. Straße und Hausnr. _____

1.3. Wohnort, PLZ _____

2. Weitere Angaben zur Person des/der Berechtigten

2.1. Geburtstag _____

2.2. Staatsangehörigk. Deutscher Ausländer o. Staatenloser
Aufenthaltsgenehmigung bis _____

2.3. Stellung im Haushalt HH-Vorstand Ehegatte Kind sonst. Person

2.4. Bei welcher Krankenkasse versichert? _____

3. Bankverbindung (Postbarzahlungen sind aus Vereinfachungsgründen nicht möglich.) Soll eine Überweisung auf ein Fremdkonto erfolgen, ist eine Einverständniserklärung beizufügen.

3.1. Kontoinhaber _____
Anschrift _____

3.2. Bank/Sparkasse _____

3.3. Kontonummer _____ BLZ _____

4. Ist der/die Berechtigte in einer Anstalt, in einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung (z. B. Altersheim, Blindenheim, Sanatorium, Krankenhaus, Internat) untergebracht?

nein ja (genaue Anschrift)

5. Steht die Pflegebedürftigkeit im Zusammenhang mit einer anerkannten Kriegsdienstbeschädigung?

nein ja

6. Erhält der/die Berechtigte Leistungen zum Ausgleich der durch die Blindheit, Gehörlosigkeit /Pflegebedürftigkeit bedingten Mehraufwendungen nach anderen Rechtsvorschriften? (Kopien sind beizufügen.)

6.1. Pflegezulage nach § 35 BVG nein ja, _____ EUR monatlich.

6.2. Pflegezulage nach § 558 RVO (Arbeitsunfall) nein ja, _____ EUR monatlich.

6.3. Leistungen aufgrund privatrechtlicher Schadensansprüche nein ja, _____ EUR monatlich.

6.4. Pflegeversicherungsleistung (SGB XI) nein ja, _____ EUR monatlich.

6.5. Sonstige Leistungen nein ja, _____ EUR monatlich.

Verpflichteter (Kassen, Unfallrente) _____

7. Neben dem Berechtigten ist auskunftsberechtigt

- 7.1. Name _____
- 7.2. Vorname _____
- 7.3. Verwandtschaftsverh. _____
- 7.4. Straße und Hausnr. _____
- 7.5. Wohnort, PLZ _____
-

8. Gesetzlicher Vertreter (z. B. Eltern, Vormund) mit Anschrift (ggf. Abschrift oder Bestallungsurkunde beifügen)

9. Folgende Unterlagen sind beigelegt:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis mit Feststellungsbescheid (Kopien) | <input type="checkbox"/> Bestallungsurkunde (für Betreute) |
| <input type="checkbox"/> Kopien zu Ziffer 6 | <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis bei Ausländern bzw. Staatenlosen |
-

Ich versichere, daß die vorstehenden Angaben, insbesondere über die Leistungen, die zum Ausgleich der blindheitsbedingten Mehraufwendungen gewährt werden, voll der Wahrheit entsprechen und daß keine wichtigen Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir bekannt, daß ich mich durch unwahre und unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückzahlen muß.

Ich bin darüber unterrichtet, daß die von mir erbetenen Angaben zur Erfüllung der Aufgaben des Landes Brandenburg erforderlich sind und zum Teil karteimäßig erfaßt oder maschinell gespeichert und verarbeitet werden.

Hiermit erkläre ich, daß die Angabe meiner persönlichen Daten freiwillig erfolgt und stimme der Verarbeitung dieser Daten zu. Dies gilt auch für künftige Änderungen zu meinen Angaben, die ich unverzüglich mitzuteilen habe.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Nur von der Behörde auszufüllen!

Antrag entgegengenommen am _____

Die vorstehenden Angaben (insb. zu Ziffer 6.) wurden geprüft.

Ergeben sich Hinweise dafür, daß der Berechtigte möglicherweise Ansprüche auf Leistungen nach Ziffern 6.1 bis 6.5 geltend machen kann?

- ja nein

Unterschrift des Sachbearbeiters