

# Antrag auf Bewilligung von Pflegegeld nach dem Landespflegegesetz

wegen:  Blindheit  Schwerstbehinderung

Magistrat der Stadt Bremerhaven  
Sozialamt  
Hinrich-Schmalfeldt-Straße  
27576 Bremerhaven



Stadthaus 4, EG und 1. Etage

Öffnungszeiten:  
montags: 9 - 12 Uhr und 15 - 17 Uhr  
mittwochs und freitags: 9 - 12 Uhr

sowie nach telefonischer Vereinbarung

## 1. Persönliche Verhältnisse Antragsteller/in

a) Antragsteller/in Name und Vorname(n):		Geburtsname:	
Geburtsort:		Geburtsdatum:	
b) Familienstand Antragsteller/in:			
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet			
c) Ehegatte Name und Vorname(n):		Geburtsname Ehegatte:	
Geburtsort Ehegatte:		Geburtsdatum Ehegatte:	
d) 1. Wohnsitz Antragsteller/in:			
2. Wohnsitz Antragsteller/in:			
e) Telefon-Nr. /Fax-Nr.:			
E-Mail-Adresse:			
f) Krankenkasse /Pflegekasse:			

## 2. Gesetzliche(r) VertreterIn/Vormund /PflegerIn

a) Name, Vorname(n):	
b) Anschrift (PLZ, Ort, Straße):	

## 3. Name des /der Angehörigen, mit dem der /die Antragsteller/in in häuslicher Gemeinschaft lebt

Name, Vorname	
Anschrift (PLZ, Ort, Straße):	

## 4. Aufenthalt

a) seit wann ansässig in Bremerhaven:		b) hält sich Antragsteller/in nur besuchsweise in Bremerhaven auf:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c) wann erfolgte die Aufnahme in die Einrichtung:		d) Höhe der Pflegekosten in €:	
e) Wohnung bis zum Zeitpunkt der Aufnahme:			
f) gewöhnlicher Aufenthalt bis zum Zeitpunkt der Aufnahme:			
g) wer trägt die Pflegekosten:			



## 5. Ansprüche auf anzurechnende Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften

a) Ursache der Blindheit bzw. Schwerstbehinderung (z.B. Krankheit, angeborene Leiden, Verkehrsunfall, Kriegsbeschädigung):

b) bestehen Ansprüche auf:

- Pflegegeld nach § 35 BVG bzw. § 558 RVO  ja  nein
- Pflegezulage nach § 269 LAG  ja  nein
- Schadensersatzrenten oder sonstige Leistungen  ja  nein
- Leistungen der Pflegekasse gemäß § 36 - § 38 SGB XI  ja  nein

c) wird bereits eine der unter b) aufgeführten Leistungen bezogen?

• Art:

• zahlende Stelle:

• Aktenzeichen:

• Betrag:	ab		ab		ab		ab	
	€		€		€		€	

## 6. Nachweis der Anspruchsberechtigung

a) Beschreibung des Zustandes (nur bei Schwerstbehinderten):

b) die Blindheit /Schwerstbehinderung ist nachgewiesen durch das augenfachärztliche /amtsärztliche Gutachten

Blatt –Nr.:  der Akten:

## 7. Bankverbindung

Konto-Nr.:

bei:

Konto-Inhaber:

## 8. Vorgelegte Ausweise

Ich erkenne durch meine Unterschrift an, dass die vorstehenden Angaben richtig und vollständig sind. Ich bin ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass ich alle Änderungen der Tatsachen, die zur Gewährung des Pflegegeldes maßgebend sind, insbesondere den Bezug von anzurechnenden Leistungen, einen Wohnortwechsel oder die Aufnahme in eine Anstalt, in ein Heim oder eine gleichartige Einrichtung dem Sozialamt unaufgefordert mitzuteilen habe.  
Eine Aufenthaltsbescheinigung der Ortspolizeibehörde – Einwohnermeldeamt – füge ich bei.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller /Antragstellerin