

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: 09 - 12 Uhr

sowie nach telefonischer Vereinbarung

1. Persönliche Verhältnisse der /des Antragstellenden

a) Name und Vorname(n) der /des Antragstellenden:	Geburtsname:
Geburtsort:	Geburtsdatum:
b) Familienstand der /des Antragstellenden:	
ledig	verheiratet
getrennt lebend	geschieden
verwitwet	
c) Ehegattin /Ehegatte - Name und Vorname(n):	Geburtsname EhegattIn:
Geburtsort Ehegattin /Ehegatte:	Geburtsdatum EhegattIn:
d) 1. Wohnsitz der /des Antragstellenden:	
2. Wohnsitz der /des Antragstellenden:	
e) Telefon-Nr. /Fax-Nr.:	
E-Mail-Adresse:	
f) Krankenkasse /Pflegekasse:	

2. Gesetzliche Vertreterin / gesetzlicher Vertreter bzw. Vormund bzw. Pflegerin /Pfleger

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

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

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

4. Aufenthalt

a) seit wann ansässig in Bremerhaven:	b) hält sich die /der Antragstellende nur besuchsweise in Bremerhaven auf:	ja	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. Angaben zum Geldinstitut der /des Antragstellenden bzw. der /des Kontoinhabenden

IBAN Geldinstitut der /des Antragstellenden bzw. Kontoinhabenden . (in Deutschland 22 Stellen; international max. 27 Stellen)

BIC (SWIFT-Code) Geldinstitut der/des Antragstellenden . (max. 11 Stellen)

Name und Vorname der Kontoinhaberin /des Kontoinhabers:

Anschrift (nur ausfüllen, wenn die /der Kontoinhabende nicht die /der Antragstellende ist):

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, einem Heim oder gleichartigen Einrichtung dem Sozialamt unaufgefordert mitzuteilen habe. Eine Aufenthaltsbescheinigung der Ortspolizeibehörde . Einwohnermeldeamt . füge ich bei.

Ort

Datum

Unterschrift Antragstellerin /Antragsteller

