

Aktenzeichen:

Fallname:

Freie Hansestadt Bremen
Amt für Soziale Dienste
Fachdienst Wirtschaftliche Hilfen

Antragsdatum:

Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Landespflegegeldgesetz

wegen Blindheit Schwerstbehinderung

1. Antragsteller:in

Name, Vorname (Geschlecht):	
Geburtsname:	
Geburtsdatum und -ort:	
Staatsangehörigkeit:	
Familienstand:	
Grad der Behinderung:	
Schwerbehindertenausweis mit G/aG:	
Schwerbehindertenausweis Merkzeichen	
Schwerbehindertenausweis gültig bis:	
Anschrift:	
abw. Anschrift:	
Telefon (freiwillige Angabe):	
Mobiltelefon (freiwillige Angabe):	
E-Mail (freiwillige Angabe):	

Bankverbindung (IBAN):	
Kontoinhaber:	

(abweichende) Bescheidempfänger:in

Anrede/Vorname/Name Anschrift:	
-----------------------------------	--

Betreuer:in/Vormund:in/Beistandschaft

Name und Vornamen:	
Anschrift:	
Telefon / Fax:	
E-Mail:	
Aufgabenkreis:	
Amtsgericht:	
Aktenzeichen:	
Beschluss vom / gültig bis:	

2. Weitere Personen der Haushaltsgemeinschaft (freiwillige Angabe)

Name, Vorname	Geschlecht	Geburtsdatum und -ort	Staatsangehörigkeit	Familienstand	Mind. d. Erwerbsf.

3. Aufenthaltsverhältnisse

Seit wann in Bremen ansässig?	Datum:
Von wo zugezogen?	
Handelt es sich um einen besuchsweisen Aufenthalt in Bremen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei
Wenn ja: Welches ist der ständige Aufenthaltsort?	

Aufenthalt in einer Einrichtung

Aufnahmedatum:	Höhe der Pflegekosten:	Wer trägt die Pflegekosten:
Wohnung bis zum Zeitpunkt der Aufnahme:	Gewöhnlicher Aufenthalt bis zum Zeitpunkt der Aufnahme:	

Bestätigung der Aufenthaltsverhältnisse durch die Meldestelle ist in der Anlage beigefügt.

4. Ansprüche auf anzurechnende Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften

Ursache der Blindheit/Schwerstbehinderung (z. B. Krankheit, Behinderung, Verkehrsunfall, Kriegsbeschädigung):

--

Bestehen Ansprüche auf:

Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Pflegezulage nach § 35 BVG (Bundesversorgungsgesetz)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Pflegegeld nach § 44 SGB VII (Gesetzliche Unfallversicherung)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Pflegegeld nach § 269 LAG (Lastenausgleichsgesetz)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Leistungen nach § 26 c BVG (Bundesversorgungsgesetz)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Schadenersatzrenten oder sonstige Leistungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,

Wird bereits eine der genannten Leistungen bezogen? nein ja

Wenn ja: Art der Leistung	Betrag	zahlende Stelle	Aktenzeichen

5. Pflegeversichert

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei	Pflegeversicherung:	Versicherungs-Nr:
--	---------------------	-------------------

6. Nachweis der Blindheit/Schwerstbehinderung

Beschreibung des Zustandsbildes (bei Schwerstbehinderung):

--

Die Blindheit/Schwerstbehinderung ist nachgewiesen durch Gutachten

von (Name des:der Gutachter:in):	
Datum des Gutachtens:	

7. Ergänzende Angaben

--

Erklärung:

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 für die Gewährung des Pflegegeldes maßgebend sind, insbesondere den Bezug von anzurechnenden Leistungen, einen Wohnortwechsel oder die Aufnahme in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung dem Amt für Soziale Dienste unaufgefordert mitzuteilen habe.

Ich/Wir beantrage/n die Gewährung von Leistungen nach dem Landespflegegeldgesetz für die im Antrag genannte Person.

Bremen,

(Unterschrift Antragsteller:in)

Sachbearbeiter:in

(Unterschrift Antragsteller:in)