

Eingang am: _____

Antrag auf Leistung von Pflegegeld an Schwerbehinderte nach dem Landespflegegeldgesetz (LPfGG) vom 31.10.1974 (GVBl. Nr. 30/74) in der jeweils geltenden Fassung

(bitte vollständig ausfüllen – damit verkürzen Sie die Bearbeitungszeit)

Name des Antragstellers/Geburtsname	Vorname	Geburtsdatum		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig / <input type="checkbox"/> verheiratet / <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend	Geburtsort		
Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> deutsch / <input type="checkbox"/> sonstige / welche?				
PLZ	Wohnort	Straße	seit wann?	Telefon
560	Koblenz,			

Aufenthalt bei: Name, Anschrift	Telefon
Anschrift	

Die häusliche Pflege wird durchgeführt von:

- examinierten Pflegekräften einer Sozialstation / Betreuer (Bestellung beifügen)
 Familienangehörigen / Gesetzlicher Vertreter /

Name, Vorname	Anschrift	Telefon
---------------	-----------	---------

Name und Anschrift der Krankenkasse des Behinderten:

- pflichtversichert freiwillig versichert?

Name und Anschrift der Beihilfestelle:

Schwerbehindertenausweis vom _____	gültig bis _____
<input type="checkbox"/> GdB (%) / Versorgungsamt: _____	Merkzeichen: _____

Folgende Behinderungen werden geltend gemacht:

1. Verlust beider Beine im Oberschenkel; eine prothetische Versorgung ist nicht möglich bzw. es liegt eine weitere wesentliche Behinderung vor.
 2. Verlust beider Hände (Ohnhänder)
 3. Verlust dreier Gliedmaßen
 4. Lähmungen oder sonstige Bewegungsbehinderungen, wenn diese Behinderungen denjenigen der in den Nr. 1 – 3 genannten gleichkommen
 5. Hirnbeschädigungen mit schweren körperlichen und schweren geistigen oder seelischen Störungen und Gebrauchsbehinderungen mehrerer Gliedmaßen
 6. schwere geistige oder seelische Behinderungen bei Personen, die wegen dauernder außergewöhnlicher motorischer Unruhe ständiger Aufsicht bedürfen
 7. ein dauerndes Krankenlager erfordernder Leidenszustand oder außergewöhnliche Pflegebedürftigkeit aus anderen Gründen (die mit einer Behinderung nach Nr. 1 – 6 vergleichbar sind)

Festgestellt durch:

Ursache der Behinderung/en: <input type="checkbox"/> Geburt / <input type="checkbox"/> Krankheit / <input type="checkbox"/> Unfall / <input type="checkbox"/> Kriegseinwirkung
Anlage: Ärztliches Attest des Dr. _____ vom _____

Es wird folgende teilstationäre Einrichtung besucht:

- Sonderkindergarten / Sonderschule / Tag- und Nachtklinik /
 Werkstatt für Behinderte / Tagesbetreuungsstelle
 Tagesstätte für geistig und körperlich behinderte Kinder

Name und Anschrift der Einrichtung, Telefon:

Dauer der täglichen Unterbringung	von _____ Uhr bis _____ Uhr
(mit An- und Abfahrt)	

Es werden folgende Pflegeleistungen/Pflegegeldleistungen bezogen:

- | | |
|--|------------|
| 1. Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII (Sozialgesetzbuch XII) | Euro _____ |
| 2. Blindenhilfe nach dem SGB XII | Euro _____ |
| 3. Pflegezulage nach dem BVG (Bundesversorgungsgesetz) und
nebenrechtliche Bestimmungen (z. B. Soldatenversorgungsgesetz) | Euro _____ |
| 4. Pflegezulage nach dem LAG (Lastenausgleichsgesetz) | Euro _____ |
| 5. Pflegezulage nach dem BEG (Bundesentschädigungsgesetz) | Euro _____ |
| 6. Pflegeleistungen/-geldleistungen der Pflegekasse nach dem SGB XI | Euro _____ |
| 7. Pflegeleistungen/-geldleistungen auf privatrechtlicher Grundlage
(z. B. Versicherungen): Name, Anschrift
_____ | Euro _____ |
| 8. Beihilfeanspruch/Beamtenrecht: Name, Anschrift
_____ | Euro _____ |
| 9. Sonstige Pflegegeldleistungen/Pflegeleistungen
_____ | Euro _____ |

Ein Antrag auf Zahlung von Pflegegeld/Pflegezulage/Sachleistungen/Beihilfe
wurde () gestellt / () entschieden am _____
bei / durch _____ Az.: _____

Werden Leistungen nach dem BVG (Bundesversorgungsgesetz) bezogen? () ja
(Kriegsbeschädigter/Kriegerwitwe) () nein
falls ja – vom Versorgungsamt _____ Grundrente Euro _____
Grundlisten-Nr. _____ Elternrente Euro _____

Sind Kinder durch Kriegseinwirkung gefallen oder vermisst?
() ja / wo ? / () nein
Name: _____ geb. am: _____

Die Überweisungen des Landespflegegeldes erbitte ich auf das
Kto. _____ bei _____ BLZ _____
Kontoinhaber: _____

Ich versichere, vorstehende Angaben **vollständig und wahrheitsgemäß** gemacht zu haben.
Ich werde

- jede Änderung der Umstände, die für die Leistung des Pflegegeldes maßgebend sind, der Bewilligungsbehörde **unverzüglich und unaufgefordert** mitteilen. Dies gilt insbesondere für anrechenbare Pflegegeldleistungen oder die Aufnahme in Anstalten, Heimen und gleichartigen Einrichtungen sowie teilstationäre Einrichtungen oder den Wegzug von Koblenz;
- überzahlte Beträge erstatten, insbesondere, wenn die nach Buchstabe a) genannte Mitteilungspflicht nicht beachtet wurde.

Ort, Datum _____ gesetzlicher Vertreter / Unterschrift _____

Verfügung: (nur von der Behörde auszufüllen)

- Versorgungs-/Arztärztliches Gutachten angefordert am _____
- Wvl. – nach Eingang _____

Im Auftrag:

Schweigepflichtentbindungserklärung

in Zusammenhang mit ärztlichen Untersuchungen
in Sozialhilfe-, Landespflegegeld- und Landesblindengeldangelegenheiten

sowie Leistungsauskünften Ihrer Pflegekasse und Beihilfestelle zum Pflegeversicherungsgesetz (PVG)

Hinweis:

Da die Entscheidung über die Leistung von Sozialhilfe/Landespflegegeld/Landesblindengeld von Ihrem Gesundheitszustand abhängt, benötigen wir ein ärztliches Gutachten des Gesundheitsamtes/Amt für soziale Angelegenheiten (früher: Versorgungsamt). Das Gutachten muss die für die Entscheidung notwendigen Angaben enthalten. Hierzu gehören – soweit dies im Einzelfall erforderlich ist – die Diagnose sowie eine Stellungnahme zu Umfang und Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen. Daneben benötigen wir entsprechende Leistungsauskünfte Ihrer Pflegekasse und Beihilfestelle.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist Ihre Einwilligung dazu erforderlich, dass

1. wir das Gesundheitsamt/Amt für soziale Angelegenheiten beauftragen, Sie ärztlich zu untersuchen,
2. das Gesundheitsamt/Amt für soziale Angelegenheiten uns das aufgrund der ärztlichen Untersuchung erstellte Gutachten zuleitet und
3. wir Leistungsauskünfte Ihrer Pflegekasse nach dem PVG sowie Ihrer Beihilfestelle erhalten
4. Landesblindengeldärzte.

Wir weisen darauf hin, dass wir berechtigt sind, die Leistung von Sozialhilfe/Landespflegegeld/Landesblindengeld abzulehnen bzw. zu entziehen, wenn und solange Sie sich weigern sollten, an einer zumutbaren Untersuchung mitzuwirken, wenn hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert wird oder Leistungsauskünfte Ihrer Pflegekasse von Ihnen verweigert werden.

Erklärung:

In Kenntnis der vorstehenden Hinweise erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Stadtverwaltung Koblenz – Sozialamt – das Gesundheitsamt/Amt für soziale Angelegenheiten/Landesblindengeldarzt mit der Durchführung einer ärztlichen Untersuchung beauftragt und dass das Gesundheitsamt/Amt für soziale Angelegenheiten das aufgrund der ärztlichen Untersuchung erstellte Gutachten der Stadtverwaltung Koblenz – Sozialamt – zuleitet. Daneben erkläre ich mich einverstanden, dass meine Pflegekasse und Beihilfestelle Auskünfte und Schriftstücke bezüglich beantragter, bewilligter oder abgelehnter Pflegeleistungen nach dem PVG und den Beihilfavorschriften der Stadtverwaltung Koblenz – Sozialamt – zuleitet.

Koblenz, _____

Unterschrift/
ggfs. der gesetzlichen Vertreterin/
des gesetzlichen Vertreters

Damit über den Antrag entschieden werden kann, ist u. U. ein Hausbesuch durch einen Arzt des Gesundheitsamtes/Amt für soziale Angelegenheiten notwendig. Um evtl. vergebliche Hausbesuche zu vermeiden, erbitten wir folgende Angaben:

Sind Sie ganztätig zu Hause erreichbar? ja / nein

Zwischen welchen Uhrzeiten sind Sie sonst erreichbar? _____ Uhr

Halten sich die pflegenden Personen unter der gleichen Adresse auf? ja / nein
Wenn nein, bitte Namen, Anschrift und Telefonnummer der Pflegeperson angeben:

Ist eine stationäre Krankenhausbehandlung oder Aufnahme in einem Heim vorgesehen?

ja / nein

Ärztliches Attest

zum Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Landespflegegeldgesetz (LPfIGG) vom 31.10.1974

Frau/Herr _____, geb. am _____

wohnhaft in _____

560 Koblenz, _____

steht bei mir seit _____ in Behandlung.

BITTE UNBEDINGT AUSFÜLLEN!

Diagnose:

Allgemeinzustand: - Kachexie – reduziert – ausreichend – gut –

BITTE ANKREUZEN:

Ja / Nein

- | | | |
|--|-----|-----|
| <input type="radio"/> Es liegt ein Verlust beider Beine im Oberschenkel vor, bei dem eine prothetische Versorgung nicht möglich ist oder | () | () |
| <input type="radio"/> bei dem eine weitere wesentliche Behinderung vorliegt, und zwar _____ | () | () |

Es handelt sich um

- | | | |
|--|-----|-----|
| <input type="radio"/> einen Ohnhänder | () | () |
| <input type="radio"/> den Verlust dreier Gliedmaßen
(als Gliedmaße gilt mindestens die ganze Hand oder der ganze Fuß), nämlich
- linke Hand (Arm) – rechte Hand (Arm) –
- linker Fuß (Bein) – rechter Fuß (Bein) – | () | () |
| <input type="radio"/> einen <u>Funktionsausfall</u> durch Lähmungen oder durch sonstige Bewegungsbehinderungen, vergleichbar den vorgenannten Fallgruppen:
- linke Hand (Arm) – rechte Hand (Arm) –
- linker Fuß (Bein) – rechter Fuß (Bein) – | () | () |
| <input type="radio"/> eine <u>Gebrauchsbehinderung</u> an mehreren Gliedmaßen infolge Parese oder sonstiger Veränderung
- linke Hand (Arm) – rechte Hand (Arm) –
- linker Fuß (Bein) – rechter Fuß (Bein) – | () | () |
| <input type="radio"/> sie ist – hochgradig – schwer – mittel – leicht | () | () |
| <input type="radio"/> Die/Der Behinderte - ist blind - | () | () |
| <input type="radio"/> Die Sehschärfe beträgt auf dem besseren Auge nicht mehr als 1/50 | () | () |
| <input type="radio"/> Es bestehen sonstige schwere und dauernde Störungen des Sehvermögens | () | () |

(Ausfälle des Gesichtsfeldes)

BITTE ANKREUZEN:

Ja / Nein

Es handelt sich um

- eine Hirnbeschädigung (traumatisch oder durch Erkrankung, wie z. B. ein cerebraler Gefäßprozess, Multiple Sklerose) () ()
 - mit einer körperlich schweren Störung an folgendem Organ _____ () ()
 - mit einer schweren geistigen oder schweren seelischen Störung bzw. Behinderung (Verwirrtsein, erhebliche Störung der Affektivität) () ()
- eine dauernde außergewöhnliche motorische Unruhe, wegen der es ständiger Aufsicht bedarf (z. B. erethischer Schwachsinn, sklerotische Verwirrtheit) () ()
 - Die/Der Behinderte ist so hilflos, dass – sie/er – für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang dauernd fremder Hilfe bedarf (z. B. An- und Auskleiden, Waschen, Kämmen, Körperhygiene, Einnehmen von Speisen und Getränken, Verrichten der Notdurft, Bewegung innerhalb und außerhalb der Wohnung) () ()
- Die Behinderung ist so schwer, dass sie
 - dauerndes Krankenlager erfordert () ()
 - außergewöhnliche Pflege erfordert () ()
- Darüber hinaus ist eine ständige Bereitschaft der Pflegeperson zu fordern (Das ist der Fall, wenn der Behinderte auch vorübergehend nicht allein gelassen werden kann) oder () ()
- Es sind an die physischen und an die psychischen Kräfte der Pflegeperson besonders hohe Anforderungen zu stellen () ()
- Ergänzende Hinweise bezüglich des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit () ()
- Die Behinderungen liegen vor seit: (Monat/Jahr) _____

Bemerkungen:

Ort/Datum