



ANTRAG auf PFLEGE GELD nach dem Bundespflegegeldgesetz (BPGG)

- ZUERKENNUNG** / **ERHÖHUNG**
 WEITERGEWÄHRUNG nach BEFRISTUNG

Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen, Zutreffendes bitte ankreuzen

Wollen Sie mehr Angaben machen, ergänzen Sie die Daten bitte auf einem zusätzlichen Blatt Papier.

1	PERSÖNLICHE ANGABEN		Versicherungsnummer	
Familiennamen				
Vorname		Titel		
Frühere Namen		Geburtsdatum		
Geschlecht				
Staatsbürgerschaft		<input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> andere: (Bitte geben Sie den Staat an und legen Sie einen Nachweis über die Aufenthaltsberechtigung bei.)		
Personenstand seit		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerschaft <input type="checkbox"/> ehemalige eingetragene Partnerschaft		
Ständiger Aufenthaltsort		Straße / Gasse / Platz		Hausnr. / Stiege / Tür
		Postleitzahl	Ort	Land
Vorübergehender Aufenthaltsort		z.B. Heim, Krankenhaus, bei Familienangehörigen; Bitte geben Sie die genaue Adresse bekannt.		
Telefonnummer (mit Vorwahl)		E-Mail		

2	ANTRAGSTELLUNG DURCH ANDERE PERSON			
	Ich bin	<input type="checkbox"/> mit der gesetzlichen Vertretung betraut (Obsorge, Vorsorgebevollmächtigung, gewählte, gesetzliche oder gerichtliche Erwachsenenvertretung, Kuratorium) Nachweis <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht		<input type="checkbox"/> bevollmächtigt <input type="checkbox"/>
Familiennamen				
Vorname		Titel		
Adresse		Straße / Gasse / Platz		Hausnr. / Stiege / Tür
		Postleitzahl	Ort	Land
Telefonnummer (mit Vorwahl)		E-Mail		

3	Angaben zu Ihrem GESUNDHEITZUSTAND Bitte legen Sie vorhandene Befunde von Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin oder Krankenhaus in Kopie bei.	
Krankheiten bzw. gesundheitliche Beeinträchtigungen: 		
<i>Neuerlicher Antrag innerhalb eines Jahres nach der letzten Entscheidung: Aktuelle medizinische Unterlagen (z.B. ärztliches Attest, Krankenhausbefunde) sind vorzulegen. Aus den Unterlagen muss hervorgehen, dass sich der Gesundheitszustand verschlechtert hat oder eine neue Krankheit / Beeinträchtigung vorliegt.</i>		
Gründe Ihrer Pflegebedürftigkeit:		
körperliche Einschränkung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	geistige Beeinträchtigung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rollstuhlfahrer*in	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Gedächtnisstörung / Demenz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sehbehinderung / Blindheit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	psychische Erkrankung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?		
<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> ja, welche:		
.....		
Sollen weitere Personen vom Termin eines Hausbesuches zur Feststellung des Pflegebedarfs informiert werden?		
<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> ja,		
..... (Familienname(n) und Vornamen(n), Adresse, Telefonnummer, E-Mail)		
4	Erfolgt die notwendige BETREUUNG UND HILFE von einer anderen Person / Stelle?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte um weitere Angaben		
<input type="checkbox"/> Pflegeperson(en) Name(n) und Adresse(n) 	Familienhospizkarenz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von bis
	Pflegekarenz oder Pflegeteilzeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von bis
	Besteht eine 24-Stunden-Betreuung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> mobile Dienste z.B. mobile Hilfe und Betreuung, Hauskrankenpflege, Essen auf Rädern	Dienste, Kostenträger	
<input type="checkbox"/> ambulante / teilstationäre Dienste z.B. Behinderteneinrichtung, Tagesheimstätte, Tagespflege, Kindergarten, Hort	Einrichtung sowie Adresse, Kostenträger	
<input type="checkbox"/> dauernde Unterbringung in stationärer Einrichtung z.B. Altenheim, Pflegeheim, Erziehungsheim, Krankenanstalt	Einrichtung sowie Adresse, Kostenträger	
<input type="checkbox"/> betreutes Wohnen		

9	<p>Wünschen Sie eine KOSTENLOSE PFLEGEBERATUNG zu Hause durch eine diplomierte Pflegefachkraft?</p> <p>Sie erhalten dabei auch Informationen über das regionale Unterstützungsangebot.</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ich stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten (Name, Sozialversicherungsnummer, Anschrift, Telefonnummer) an das Kompetenzzentrum zur Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege für die kostenlose Pflegeberatung weitergeleitet werden.</p> <p>Bei Antragstellung durch ein Familienmitglied oder eine dem Haushalt angehörende Person:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ich habe bei der pflegebedürftigen Person die Zustimmung eingeholt, dass ihre personenbezogenen Daten (Name, Sozialversicherungsnummer, Anschrift, Telefonnummer) an das Kompetenzzentrum zur Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege für die kostenlose Pflegeberatung weitergeleitet werden dürfen.</p>				
10	<p>ANWEISUNG des Pflegegeldes</p> <p>Leistungsbezug mit Anweisung auf ein Konto: Wenn Sie bereits eine Pension, eine Vollrente aus der Unfallversicherung oder einen Ruhe- oder Versorgungsgenuss beziehen, welche(r) auf ein Konto angewiesen wird, erhalten Sie auch das Pflegegeld auf dieses Konto.</p> <p>Leistungsbezug mit Barzahlung: Wenn Sie bereits eine Leistung von uns beziehen, die bar ausgezahlt wird, erhalten Sie auch das Pflegegeld bar ausgezahlt.</p> <p>Wenn Sie möchten, dass wir Ihre Leistung und das Pflegegeld auf ein Konto anweisen, wenden Sie sich bitte an ein Geldinstitut Ihrer Wahl (Bank, Sparkasse etc.). Lassen Sie bitte den „Antrag auf bargeldlose Pensionszahlung“ beim Geldinstitut ausstellen und senden diesen an uns.</p> <p>KEIN Leistungsbezug:</p> <p><input type="checkbox"/> Anweisung auf ein Konto wird gewünscht. Wenn Sie möchten, dass wir das Pflegegeld auf ein Konto anweisen, wenden Sie sich bitte an ein Geldinstitut Ihrer Wahl (Bank, Sparkasse etc.). Lassen Sie bitte den „Antrag auf bargeldlose Pensionszahlung“ beim Geldinstitut ausstellen und senden diesen an uns.</p> <p><input type="checkbox"/> Barzahlung wird ausdrücklich beantragt.</p>				
11	<p>ERKLÄRUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ich habe alle Fragen richtig und vollständig beantwortet. • Ich habe die beiliegenden Meldepflichten als Bestandteil dieses Fragebogens gelesen und verstanden. • Ich verpflichte mich, dem Pflegegeld ähnliche ausländische Leistungen geltend zu machen. Wenn und solange ich ausländische Leistungen nicht geltend mache, kann das Pflegegeld abgelehnt, gemindert oder entzogen werden. • Ich weiß, dass unvollständige und falsche Angaben sowie eine Verletzung der Meldepflichten zivil- und strafrechtliche Folgen haben können. • Ich weiß, dass ich Leistungen zurückzahlen muss, die wegen unrichtiger oder unvollständiger oder verspäteter Angaben erbracht werden. 				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Datum</td> <td style="width: 50%; padding: 5px;">Unterschrift</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>		Datum	Unterschrift		
Datum	Unterschrift				
<p>Folgende Unterlagen liegen bei:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>					