



Aktenzeichen:

### Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Die Beantwortung der Fragen dient der Feststellung, ob Ansprüche bestehen. Um einen etwaigen Leistungsanspruch prüfen zu können, ist Ihre Mitwirkung erforderlich. Eine fehlende Mitwirkung kann zur Ablehnung des Leistungsantrages führen, sofern der Antrag nicht **innerhalb von zwei Wochen** zurückgesandt wird.

#### A. Angaben zur Person

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Telefon Vorwahl/Rufnummer

#### B. Art der beantragten Leistung (Bitte Entsprechendes ankreuzen.)

##### Pflegegeldleistung

(Die Pflege wird durch eine private Pflegeperson sichergestellt.)

Name, Geburtsdatum und Anschrift der privaten Pflegeperson(en)

##### Kombinationsleistung

(Die Pflege wird durch einen Pflegedienst **und** eine private Pflegeperson sichergestellt.)

Name und Anschrift des Pflegedienstes

Name, Geburtsdatum und Anschrift der privaten Pflegeperson(en)

##### Pflegesachleistung

(Die Pflege wird **nur** durch einen Pflegedienst sichergestellt.)

Name und Anschrift der Pflegedienstes

##### Leistungen bei vollstationärer Pflege in einem zugelassenen Pflegeheim

Name und Anschrift des Pflegeheimes

Einzug in das Pflegeheim am

\_\_\_\_\_  
Tag, Monat, Jahr

##### Leistungen bei vollstationärem Aufenthalt in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen

Name und Anschrift der Einrichtung

Einzug in die Einrichtung am

\_\_\_\_\_  
Tag, Monat, Jahr



Aktenzeichen:

**C. Allgemeine Angaben zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

Seit wann besteht Pflegebedürftigkeit?

(Bei Antrag auf Änderung des Pflegegrades bitte maßgeblichen Zeitpunkt der Änderung angeben.)

seit

\_\_\_\_\_

Tag, Monat, Jahr

Erhalten Sie bereits Pflegeleistungen von anderen Stellen?

nein

ja

\_\_\_\_\_

Name und Anschrift der zahlenden Stelle.

Bitte Bescheid in Kopie beifügen.

Haben Sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge?

nein

ja

\_\_\_\_\_

Anschrift der Beihilfe-/Fürsorgestelle oder des Dienstherrn

Die zur Pflegebedürftigkeit führenden Leiden wurden verursacht durch

einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit

eine anerkannte Kriegsdienstbeschädigung oder eine militärische Dienstleistung

einen Dritten (z. B. Verkehrsunfall)

Bitte fügen Sie den entsprechenden Bescheid des Unfallversicherungsträgers oder der Versorgungsbehörde in Kopie bei.

Behandelnder Arzt (Hausarzt)

\_\_\_\_\_

Name, Anschrift

\_\_\_\_\_

Telefon

**D. Sonstige Angaben**

Angaben zur Bankverbindung

\_\_\_\_\_

Name und Sitz der Bank

\_\_\_\_\_

IBAN

\_\_\_\_\_

BIC

\_\_\_\_\_

Kontoinhaber (nur erforderlich, falls nicht identisch mit Antragsteller)

Wurde ein Betreuer bestellt?  nein

ja (Bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen.).

**E. Erklärung und Unterschrift**

Ich versichere, dass die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistungserbringung erheblich sind, werde ich umgehend mitteilen. Soweit es für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich ist, erkläre ich mich damit einverstanden, dass ärztliche und psychologische Untersuchungsunterlagen von den Stellen und Ärzten angefordert werden können, bei denen ich in Behandlung stehe oder gestanden habe. Ich bin damit einverstanden, dass der Gutachter die mich behandelnden Ärzte oder Ärztinnen, bei denen ich in Behandlung gestanden habe, und meinen betreuenden Pflegedienst in die Begutachtung einbezieht und die erforderlichen Unterlagen zugänglich gemacht werden.

Im Einzelfall kann es erforderlich sein, die erhobenen Daten Dritten mitzuteilen. Dieses kann im Rahmen einer Pflegeberatung der Fall sein. Sollte eine Übermittlung von Daten erforderlich sein, wird strikt darauf geachtet, dass nur die tatsächlich für den konkreten Zweck erforderlichen Daten übermittelt werden. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich im Falle einer Pflegeberatung mit einer ggf. erforderlichen Datenübermittlung einverstanden bin.

Sollte nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen ein Anspruch auf Beihilfe bestehen, bin ich damit einverstanden, dass bei einer etwaigen Beitragsentrichtung zur Rentenversicherung für die Pflegeperson oder eine Weiterleitung der für die Beitragsentrichtung notwendigen Daten an die Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder an den Dienstherrn erfolgt.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Telefon (bei Rückfragen)

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellers

oder

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Bevollmächtigten, Betreuers oder gesetzl. Vertreters

\_\_\_\_\_

ggf. Name, Vorname des Bevollmächtigten, Betreuers oder gesetzlichen Vertreters

Um Sie beraten und betreuen zu können, sind wir darauf angewiesen, Daten zu erheben und zu verarbeiten. Dabei beachten wir die für uns geltenden Datenschutzbestimmungen. Umfassende Informationen zum Datenschutz stellen wir Ihnen auf unserer Homepage [www.svlfg.de](http://www.svlfg.de) unter der Rubrik Datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.