

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau
- PK-Leistung -
34105 Kassel

Aktenzeichen

Bitte bei Zuschriften angeben

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung (Erstantrag/Höherstufungsantrag)	
A. Angaben zur Person (Angaben bitte ggf. berichtigen und fehlende Angaben ergänzen.)	
Name	Geburtsname
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Geburtsdatum
B. Art der beantragten Leistung	
<input type="checkbox"/> Pflegegeldleistung (Die Pflege wird durch eine private Pflegeperson sichergestellt.)	
Name und Geburtsdatum der privaten Pflegeperson(en)	
Anschrift der privaten Pflegeperson(en)	
<input type="checkbox"/> Kombinationsleistung (Die Pflege wird durch einen Pflegedienst und eine private Pflegeperson sichergestellt.)	
Name des Pflegedienstes	
Anschrift des Pflegedienstes	
Name und Geburtsdatum der privaten Pflegeperson(en)	
Anschrift der privaten Pflegeperson(en)	
<input type="checkbox"/> Pflegesachleistung (Die Pflege wird nur durch einen Pflegedienst sichergestellt.)	
Name des Pflegedienstes	
Anschrift des Pflegedienstes	

Leistungen bei vollstationärer Pflege in einem zugelassenen Pflegeheim

Name des Pflegeheimes

Anschrift des Pflegeheimes

Einzug in das Pflegeheim am

Tag, Monat, Jahr

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

Name der Einrichtung

Anschrift der Einrichtung

Einzug in die Einrichtung am

Tag, Monat, Jahr

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

Ist die Pflegebedürftigkeit gegebenenfalls Folge eines

- Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit?
- Versorgungsleidens oder Kriegsdienst-/Wehrdienstbeschädigung?
- Drittverschuldens (z. B. Verkehrsunfall, Behandlungsfehler)?

Erhalten Sie bereits Pflegeleistungen von anderen Stellen oder sind solche beantragt?

- nein ja, vom gesetzlichen Unfallversicherungsträger
 - Versorgungsamt
 - Sozialamt
 - ausländischen Leistungsträger
 - sonstigen Leistungsträger

Bitte fügen Sie den entsprechenden Bescheid in Kopie bei.

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

Wer ist Ihr behandelnder Arzt (Hausarzt)?

Name

Telefon

Anschrift

D. Bankverbindung

Auf welches Konto soll die Überweisung erfolgen?

Name und Sitz der Bank

BIC

IBAN

Kontoinhaber

E. Bevollmächtigung/Betreuung

Haben Sie einen Bevollmächtigten? nein ja (Bitte Kopie der Vollmacht beifügen)

Wurde für Sie ein amtlicher Betreuer bestellt? nein ja (Bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen)

Name des Betreuers oder Bevollmächtigten

Anschrift

Telefonnummer des Betreuers oder Bevollmächtigten

Geburtsdatum des Betreuers oder Bevollmächtigten

F. Erklärung

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 diese und der mich betreuende Pflegedienst in die Begutachtung einbezogen 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. Bei einer Datenübermittlung wird strikt darauf geachtet, dass nur die tatsächlich für den konkreten Zweck notwendigen 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 Beitragssentrichtung zur Rentenversicherung für die Pflegeperson notwendigen Daten an die Festsetzungsstelle für die Beihilfe oder an den Dienstherren weitergeleitet werden.

G. Unterschrift

Für Rückfragen bin ich erreichbar unter der Telefonnummer:

Datum

Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten/Betreuers

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 unter SVLFG.de/datenschutz bereit. Gern informieren wir Sie auch persönlich.