

Datum
Geschäftszeichen

Antrag auf Bewilligung von Pflegegeld nach dem Landespflegegeldgesetz wegen

- Blindheit Schwerstbehinderung

1. Persönliche Verhältnisse des Antragstellers und des Ehegatten

1.1 Antragsteller

Name, Vorname, Geburtsname		
Geburtstag und -ort	Familienstand	Staatsangehörigkeit
Wohnung		Telefon

1.2 Ehegatte

Name, Vorname, Geburtsname
Geburtstag und -ort

2. Gesetzlicher Vertreter / Vormund / Pfleger

Name, Vorname	Anschrift	Telefon
Amtsgericht	Beschluss vom	Aktenzeichen

3. Angehörige in häuslicher Gemeinschaft

Name, Vorname	Geburtstag	Verwandtsch.- verhältnis

4. Aufenthaltsverhältnisse

4.1 Seit wann in Bremen ansässig?

Von wo zugezogen?

Hält sich d. Hilfesuchende nur besuchsweise in Bremen auf? nein ja, bei

Welches ist der ständige Aufenthaltsort?

4.2 Anstalts- oder Heimaufenthalt

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

4.3 Bestätigung der Aufenthaltsverhältnisse durch das EMA s. Bl. _____ der Akten.

4.4 Teilstationäre Betreuung (z.B. Schule, Werkstatt, Tagesstätte)

Name der Einrichtung
Dauer der Betreuung

5. Ansprüche auf anzurechnende Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften

5.1 Ursache der Blindheit / Schwerstbehinderung (z. B. Krankheit, angeborenes Leiden, Verkehrsunfall, Kriegsbeschädigung)

--

5.2 Bestehen Ansprüche auf

Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) ja nein

Pflegezulage nach § 35 BVG (Bundesversorgungsgesetz)? ja nein

Pflegegeld nach § 44 SGB VII (Gesetzliche Unfallversicherung)? ja nein

Pflegegeld nach § 269 LAG (Lastenausgleichsgesetz)? ja nein

Leistungen nach § 26 c BVG (Bundesversorgungsgesetz)? ja nein

Schadenersatzrenten oder sonstige Leistungen? ja nein

5.3 Wird bereits eine der unter 5.2 aufgeführten Leistungen bezogen? ja nein

Art	
Zahlende Stelle	Az.
Betrag: ab _____ €	

6. Nachweis der Anspruchsberechtigung

6.1 Beschreibung des Zustandbildes (bei Schwerstbehinderung)

--

6.2 Die Blindheit / Schwerstbehinderung ist nachgewiesen durch Gutachten des

Dr. _____ vom _____ Bl. _____ der Akten.

7. Bankverbindung

Geldinstitut	BLZ	Konto-Nr.
Kontoinhaber		

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 Bremen unaufgefordert mitzuteilen habe.

Vorgelegte Ausweise

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des Sachbearbeiters