

ANTRAG

auf Gewährung von Pflegegeld an Schwerbehinderte, Blinde und Gehörlose nach den Bestimmungen des Landespflegegeldgesetzes (LPfGG)

1. Persönliche Angaben des Antragsstellers / der Antragstellerin

Familienname:		
Vorname:		
Geburtsname:		
Geburtsdatum / -ort:		
Familienstand:	<input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> verw.	
Wohnanschrift:		
Telefonnummer/ E-Mail-Adresse		
krankenversichert bei:		
genaue Anschrift:		
Versicherungsnummer:		
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Versorgungsamt		
ausgestellt am:	gültig bis:	
Merkzeichen:	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> GL <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> RF	
Grad der Behinderung:		
Geschäftszeichen:		
Bankverbindung		
Geldinstitut:		
BIC:		
IBAN:		
Kontoinhaber:		

Antrag Landespflegegeld

2. Angaben zum Bevollmächtigten / Betreuer

(Kopie der Vollmacht oder der gerichtlichen Bestellung beifügen)

Familienname:	
Vorname:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	

3. Wird eine Einrichtung besucht?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, folgende
<input type="checkbox"/> Werkstatt für Behinderte	<input type="checkbox"/> Internat	<input type="checkbox"/> Tag- oder Nachtambulanz
<input type="checkbox"/> Altenheim / Pflegeheim / Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> sonstige Tagesbetreuungsstätte	
Name und Anschrift der Einrichtung:		

4. Es werden folgende Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften bezogen:

(Kopie des Bewilligungsbescheides bzw. Ablehnungsbescheides beifügen)

Art der Leistung	ja	nein	Leistungshöhe
1. Pflegegeld nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
2. Pflegezulage nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
3. Pflegezulage nach dem Lastenausgleichsgesetz (LAG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
4. Pflegezulage nach dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
5. Leistungen Ihrer Pflegeversicherung nach dem SGB XI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
Name und Anschrift der Leistungsträger zu Ziffern ...			

Antrag Landespflegegeld

5. Ich beantrage die Leistungen des Landespflegegeldgesetzes gemäß § 2 LPfIGG aufgrund folgender Anspruchsvoraussetzung:

Nr.1 Personen ohne Anspruch auf Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch	
a) mit Verlust beider Beine im Oberschenkelbereich oder beider Hände	<input type="checkbox"/>
b) mit Lähmungen oder mit gleichartigen Behinderungen, wenn dadurch auf Dauer (voraussichtlich min. 6 Monate) Betreuungsbedarf zur Sicherung der körperlichen Mobilität und hauswirtschaftlichen Versorgung besteht.	<input type="checkbox"/>
Nr.2 blinde Menschen und Ihnen nach § 72 Abs. 5 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) gleichgestellten Personen	
Nr.3 gehörlose Menschen ohne Anspruch auf Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)	
a) mit angeborener Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/>
b) mit erworbener Taubheit bis zum 7. Lebensjahr oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/>
c) Personen die erst später die Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit erworben haben, wenn der Grad der Behinderung wegen schwerer Sprachstörungen von 100 vom Hundert.	<input type="checkbox"/>

Nachweis über Zeitpunkt der ersten Feststellung der Gehörlosigkeit. (ärztliche Unterlagen)

Nachweise dass die Gehörlosigkeit von Geburt an, oder bis zum 7. Lebensjahr erworben wurde. (ärztliche Unterlagen)

Bescheid über die Feststellung des Grades der Schwerbehinderung vom Landesamt für Soziales und Versorgung sowie der Schwerbehindertenausweis sind vorzulegen.

6. Erklärung des Antragstellers / der Antragstellerin

Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe.

Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss oder weniger Leistungen erhalte.

Ich bestätige, ausdrücklich davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Tatsachen, die für die Gewährung maßgebend sind, insbesondere Leistungen, die nach § 5 anzurechnen sind (gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften) oder die Aufnahme in ein Krankenhaus, einem Heim oder eine gleichartige Einrichtung unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in / Bevollmächtigte/r / Betreuer/in

Anlagen

Anlage 1 – Hinweise für die Beantragung einer Leistung nach dem LPfIGG

Anlage 2 – Datenschutzerklärung

Sachbearbeiter/in: Romy Berndt

Datum: 30.06.2021

Antrag Landespflegegeld

Zimmer: E.015
Telefon: 03385-5512555
Fax: 03385-55132555
E-Mail: romy.berndt@havelland.de

Zum Antrag auf Gewährung von Pflegegeld an Schwerbehinderte, Blinde und Gehörlose nach den Bestimmungen des Landespflegegeldgesetzes (LPfIGG)

Bei der Prüfung des Antrages auf Landespflegegeld nach dem Landespflegegeldgesetz, veröffentlicht im Gesetz und Verordnungsblatt für das Land Brandenburg GVBl. Teil I S. 382); zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes zur Umsetzung des Elften Buches Sozialgesetzbuch - UGPflegeVG - (GVBl. Teil I Nr. 13) vom 28.06.1995 müssen gleichartige Leistungen, die nach anderen Rechtsvorschriften gewährt werden, Berücksichtigung finden.

Danach sind die Leistungen aus der Pflegeversicherung auf das Landespflegegeld anzurechnen.

Sie werden daher aufgefordert, spätestens im Monat der Antragstellung auf Leistungen nach dem Landespflegegeldgesetz bei der zuständigen Krankenversicherung, Leistungen aus der Pflegeversicherung zu beantragen.

Bescheid der Pflegekasse: liegt vor
 wird nachgereicht
 beantragt am _____

Der Bescheid hierüber ist dem Bereich Soziales o.g. Adresse unverzüglich zuzuleiten.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in bez. Bevollmächtigte/r / Betreuer

Antrag Landespflegegeld

Nur bei Beantragung der Leistung für Blindenhilfe § 72 SGB XII auszufüllen

Sonstige Angaben:

Ich bestätige, dass ich beziehungsweise mein/e Bevollmächtigte/r über die Beantragung von Blindenhilfe gemäß § 72 SGB XII beraten wurde.

Die Beratung über die Beantragung von Blindenhilfe gem. § 72 SGB XII wird zum jetzigen Zeitpunkt. (nichtzutreffendes bitte streichen)

gewünscht

nicht gewünscht

Vollmacht:

liegt vor

wird nachgereicht

Betreuerausweis

Ort, Datum

Antragsteller/in/ Bevollmächtigte/r/Betreuer/in

Sachbearbeiter/in

Erläuterungen zur Blindenhilfe gem. § 72 Abs.5 SGB XII:

Blinden Menschen stehen Personen gleich, deren beidäugige Gesamtsehschärfe nicht mehr als 1/50 beträgt oder bei denen, dem Schweregrad dieser Sehschärfe gleichzuachtende, nicht nur vorübergehende Störungen des Sehvermögens vorliegen.

Voraussetzung für die Leistung ist das Vorliegen eines Schwerbehindertenausweises mit dem Merkzeichen „Bl“. Bitte legen Sie den Schwerbehindertenausweis und den Feststellungsbescheid vor, sobald Sie diesen vom Landesamt für Soziales und Versorgung erhalten haben. Unterrichten Sie mich bitte auch, wenn das Merkzeichen „Bl“ nicht anerkannt werden sollte.

Blindenhilfe ist Einkommens- und Vermögensabhängig.

Bei der Gewährung von Blindenhilfe geht der Unterhaltsanspruch des Hilfeempfängers gegenüber seinen unterhaltspflichtigen Verwandten auf den Leistungsträger über und wird von diesem verfolgt.

Antrag Landespflegegeld

Anlage 1

Hinweise für die Beantragung einer Leistung nach dem Landespflegegeldgesetz (LPfGG)

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____

Zur Bearbeitung Ihres Antrages ist es erforderlich, dass Sie uns noch die folgenden Unterlagen nachreichen bzw. Fragen beantworten:

- schriftlicher Antrag auf Landespflegegeld
- Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Anlage 2)
- Meldebescheinigung / Personalausweis
- Kopie vom Leistungsbescheid / Ablehnungsbescheid der Pflegekasse
- MDK-Gutachten (falls vorhanden)
- Kopie der Eingangsbestätigung Ihrer Pflegekasse bei Antragstellung eines Pflegegrades bzw. Sachleistungen
- Angabe zur Krankenkasse / Versicherungsnummer / Anschrift der Krankenkasse
- Kopie des Betreuerausweises oder Vollmacht (falls vorhanden)
- Kopie des Schwerbehindertenausweises mit Merkzeichen
- Kopie vom Bescheid zum Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen und Grad der Behinderung durch das Versorgungsamt
- Kopie Vorsorgevollmacht (falls vorhanden)
- Kopie der Eingangsbestätigung vom Versorgungsamt bei Antragstellung oder Änderungsantrag eines Schwerbehindertenausweise mit Merkzeichen
- Kontoverbindung (IBAN und BIC)
- Nachweis über den Zeitpunkt der ersten Gehörlosigkeit (ärztliche Unterlagen)
- Nachweis das die Gehörlosigkeit von Geburt an oder bis zum 7. Lebensjahr erworben wurde (ärztliche Unterlagen)

Sollte die schriftliche Antragstellung nicht innerhalb von 4 Wochen nach Erhalt des Formblattes (Sozialhilfeantrag) erfolgen, ist davon auszugehen, dass Ihrerseits kein Bedarf auf Hilfe besteht. Werden die gemäß § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) geforderten Nachweise nicht in kürzester Zeit (bis zu 8 Wochen) nachgereicht, kann gemäß § 66 SGB I die Leistung versagt werden.

Ort, Datum

Sachbearbeiter/in

Antrag Landespflegegeld

Anlage 2

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht sowie datenschutzrechtliche Einwilligung

Name	
Vorname	
Anschrift	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Datum der Antragstellung	
Gesetzlicher Vertreter (mit Anschrift)	

Zur Bestimmung von Art und Umfang des von mir gestellten Antrages stimme ich der Erteilung von ärztlichen Auskünften und der Vorlage ärztlicher Unterlagen aller beteiligten Ärzte gegenüber dem Sozialamt des Landkreises Havelland zu, soweit sie zur Erfüllung der Aufgaben der Sozialhilfe / Landespflegegeld erforderlich sind.

Diese Erklärung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in bez. Bevollmächtigte/r / Betreuer