



ANTRAG AUF LEISTUNGEN

nach dem Landespflegegeldgesetz (LPfIGG) des Landes Brandenburg

Landkreis Märkisch-Oderland
 Sozialamt
 FD Eingliederungshilfe und Pflege
 Puschkinplatz 12
 15306 Seelow

Eingangsstempel:

AZ: _____

Antrag auf folgende Leistung nach dem Landespflegegeldgesetz:

Blindengeld
 Gehörlosengeld
 Pflegegeld

1. Persönliche Angaben:	Antragsteller/ in
Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Staatsangehörigkeit:	
Wohnanschrift: Straße, Hausnummer PLZ, Ort	
Kranken- und Pflegekasse mit Mitgliedsnummer	
Telefon (freiwillige Angabe):	
Emailadresse (freiwillige Angabe):	

2. Wurde für Sie eine gerichtliche Betreuung eingerichtet?

nein
 ja (Betreuerausweiskopie beifügen)

Name und Anschrift des gerichtlich bestellten Betreuers.

3. Wurde zuvor Landespflegegeld oder sonstige gleichartige Leistungen bezogen

nein ja (Bitte letzten Bescheid beifügen)

Bitte Behörde und Aktenzeichen angeben.

4. Sind Sie im Besitz eines Schwerbehindertenausweises.

nein ja (Bitte Ausweiskopie beifügen)

Grad der Behinderung: _____ %

Merkzeichen: B G aG BL H RF GL

5. Wurde ein Schwerbehindertenausweis beantragt bzw. wurde ein Änderungsantrag bezüglich des Merkzeichens BL (Blind) gestellt?

nein ja

Wann und bei wem? Bitte vollständige Anschrift des Amtes angeben.

6. Erhalten Sie Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz und nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen (z.B. Kriegshinterbliebenenleistungen / Versorgungsbezüge)?

nein ja, von: _____

7. Erhalten Sie Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung?

nein ja, von: _____

8. Erhalten Sie Leistungen aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge?

nein ja, von: _____

9. Erhalten Sie zum Ausgleich der durch Blindheit bedingten Mehraufwendungen Leistungen nach anderen öffentlich-rechtlichen Vorschriften?

nein ja, von: _____

10. Erhalten Sie Leistungen von Ihrer Pflegekasse?

- nein ja, und zwar Pflegegrad 1 Pflegegrad 4
 Pflegegrad 2 Pflegegrad 5
 Pflegegrad 3

Ich erhalte: Geldleistung Sachleistung Kombinationsleistung

11. Besuchen Sie eine Einrichtung zur teilstationären Betreuung?

- Werkstatt für behinderte Menschen nein ja, _____
Tagespflege, Tagesstätte nein ja, _____
Integrationskindertagesstätte nein ja, _____

andere teilstationäre Einrichtung: _____

12. Besuchen Sie eine Einrichtung zur stationären Betreuung?

(z.B. Wohnstätte für behinderte Menschen, Pflegeeinrichtung, Schule mit Internatsunterbringung)

- nein ja, Einrichtung: _____

13. Ich bitte um Überweisung der Leistung auf nachfolgende Kontoverbindung.

Konto-Inhaber: _____
Kreditinstitut: _____
IBAN: _____
BIC: _____

14. Nähere Angehörige

(für den Fall der Anspruchsberechtigung nach § 8 Abs. 3 LPfIGG z.B. Ehegatte, Eltern, Kinder)

Name, Vorname und Anschrift / Verwandtschaftsverhältnis

Um sachgerecht über Ihren Antrag nach § 7 Abs. 1 LPfIGG entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift des Antragstellers oder seines gesetzlichen Vertreters zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X.

Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 (Obliegenheit) Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I).

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass 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. Mir ist bekannt, dass die beantragte Leistung (zumindest vorläufig) versagt werden kann, wenn ich Angaben verweigere und deswegen nicht festgestellt werden kann, ob die Voraussetzungen für die Gewährung vorliegen (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).

Ich bestätige ausdrücklich, dass ich davon unterrichtet bin, dass ich jede Änderung der Tatsachen, die für die Gewährung des Landespflegegeldes maßgebend sind, insbesondere der Wechsel des Aufenthaltsortes, Bezug oder Änderung in der Höhe der Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften oder Aufnahme in eine Anstalt, Heim oder Einrichtung unverzüglich mitzuteilen habe.

Ort , Datum	X Unterschrift Antragsteller/in oder des gesetzlichen Vertreters