

Landeshauptstadt Potsdam
38 Soziales und Inklusion
3843 Hilfe zur Pflege
Friedrich-Ebert-Str. 79/81, 14469 Potsdam
Besucheradresse: Behlerstraße 3 a, Haus M/N, 14467 Potsdam

Antragseingang:

Antrag

auf die Leistung von Pflegegeld an Schwerbehinderte, Blinde und Gehörlose nach den Bestimmungen des Landespflegegeldgesetzes (LPfIGG)

1. Persönliche Angaben der/des Berechtigten

Familienname:		
Vorname:		
Geburtsname:		
Geburtsdatum/-ort:		
Familienstand:		
Wohnanschrift:		
Staatsangehörigkeit:		
Aufenthaltsstatus: (Bitte Nachweise beifügen.)		
Telefonnummer/ E-Mail-Adresse:		
krankenversichert bei: (genaue Anschrift)		
teilstationäre Betreuung: (Ganztagsbetreuung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wo:
Vertretung: (Betreuer, Bevollmächtigter)		

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,
 - b. mit Lähmungen oder gleichartigen Behinderungen, wenn dadurch auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, Betreuungsbedarf zur Sicherung der körperlichen Mobilität und hauswirtschaftlichen Versorgung besteht;
- Nr. 2 blinde Menschen und ihnen nach § 72 Absatz 5 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) gleichgestellte Personen;
- Nr. 3 gehörlose Menschen ohne Anspruch auf Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)
 - mit angeborener Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit,
 - mit bis zum 7. Lebensjahr erworbener Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit,
 - Personen, die erst später die Taubheit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit erworben haben, wenn der Grad der Behinderung wegen schwerer Sprachstörungen von 100 vom Hundert.

2. Ergänzungen (Krankheiten/Behinderungen)

--

3. Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften

Höhe der Leistung

Leistungen der Sozialen Entschädigung (SGB XIV): ja nein _____

Leistungen aus der Pflegeversicherung (SGB XI): ja nein _____

sonstige Leistungen (z. B. nach dem SGB XII) ja nein _____

Kopien bitte beifügen! (auch Ablehnungen)

Angaben zum Schwerbehindertenausweis

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"/> RF <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> GL		
Grad der Behinderung:			
Geschäftszeichen:			

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

4. Nähere Angehörige (z. B. Ehegatte, Eltern, Kinder, Vormund/Pfleger)

Name	Vorname	Verwandtschafts- verhältnis	Anschrift

5. Bankverbindung der/des Berechtigten

Kontoinhaber/in:	
Geldinstitut:	
IBAN:	
BIC:	

6. Erklärung der/des Berechtigten

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

Mit diesem Antrag erkläre ich mein Einverständnis, dass die zur ärztlichen Begutachtung notwendigen Angaben an den ärztlichen Dienst des Versorgungsamtes bzw. an den Amtsarzt weitergeleitet werden.

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 LPfIGG 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

Antragsteller/in / Bevollmächtigte/r

Sonstige Angaben *(Nur bei Beantragung der Leistung für Blinde auszufüllen!)*

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

Die Beantragung der Blindenhilfe im Sinne des § 72 SGB XII wird zum jetzigen Zeitpunkt

- gewünscht
 nicht gewünscht.

Vollmacht: liegt vor
 wird nachgereicht
 Betreuerausweis

Ort, Datum

Antragsteller/in/
Bevollmächtigte/r

Sachbearbeiter/in

Erläuterungen zu § 72 Absatz 5 SGB XII:

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

Sachbearbeiter/in: _____

Datum: _____

Zimmer: _____

Telefon: _____

Zum Antrag auf Leistungen nach dem Landespflegegesetz

Bei der Prüfung des Antrages auf Landespflegegeld nach dem Landespflegegeldgesetz (LPfGG), in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. Oktober 1995 (GVBl. I/95, [Nr. 20], S.259), zuletzt geändert durch Artikel 7 des Gesetzes vom 18. Dezember 2018 (GVBl. I/18, [Nr. 38]), müssen gleichartige Leistungen, die nach anderen Rechtsvorschriften gewährt werden, Berücksichtigung finden.

Danach sind die Leistungen aus der Pflegeversicherung nach dem Sozialgesetzbuch, Elftes Buch (SGB XI) 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.

Der Bescheid hierüber ist dem Bereich Soziales und Inklusion unverzüglich zuzuleiten.

Unterschrift Antragsteller/in bzw. Bevollmächtigte/r