# Landeshauptstadt Potsdam Antragseingang:

**Fachbereich Soziales und Gesundheit**

**Gesundheitssoziale Dienste und Senioren**

**14461 Potsdam**

**Antrag**

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

1. **Persönliche Angaben des Berechtigten:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Familienname:** |  | |
| **Vorname:** |  | |
| **Geburtsname:** |  | |
| **Geburtsdatum/-ort:** |  |  |
| **Familienstand:** |  | |
| **Wohnanschrift:** |  | |
| **Telefonnummer /**  **E-Mail-Adresse:** |  | |
| **krankenversichert bei:**  **(genaue Anschrift)** |  | |
| **teilstationäre Betreuung:**  **(Ganztagsbetreuung)** | ja  nein | wo: |
| **Vertretung:**  (Betreuer, Bevollmächtigter) |  | |

**Ich beantrage die Leistungen des Landespflegegeldgesetzes gemäß § 2 LPflGG 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.

1. **Ergänzungen:** (Krankheiten/Behinderungen)

|  |
| --- |
|  |

1. **Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften** Höhe der Leistung

Pflegezulage n. § 35 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG):  ja  nein      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pflegezulage n. § 296 des Lastenausgleichsgesetzes (LAG):  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)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Schwerbehindertenausweis:** | ja  nein | |
| **Versorgungsamt:** |  | |
| **ausgestellt am:** |  | gültig bis: |
| **Merkzeichen:** | G aG B  H  RF BL GL | |
| **Grad der Behinderung:** |  | |
| **Geschäftszeichen:** |  | |

**Angaben zum Schwerbehindertenausweis:**

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

1. **Nähere Angehörige:** (z. B. Ehegatte, Eltern, Kinder, Vormund/Pfleger)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name** | **Vorname** | **Verwandtschafts-verhältnis** | **Anschrift** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Bankverbindung der/des Berechtigten:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kontoinhaber/in:** |  |
| **Geldinstitut:** |  |
| **IBAN:** |  |
| **BIC:** |  |

1. **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 LPflGG 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 Fünfzigstel 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 (LPflGG), in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. Oktober 1995 (GVBl.I/95, [Nr. 20], S.259), zuletzt geändert durch Artikel 16 des Brandenburgisches Lebenspartnerschaftsanpassungsgesetz (BbgLPAnG) vom 13. März 2012 ([GVBl.I/12, [Nr. 16]](http://bravors.brandenburg.de/br2/sixcms/media.php/76/GVBl_I_16_2012.pdf)), 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 unverzüglich zuzuleiten.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Antragsteller/in bzw. Bevollmächtigte/r