

**Landkreis Ostprignitz-Ruppin
Amt für Soziales
Virchowstraße 14 – 16
16816 Neuruppin**

Datum der Antragstellung

Antrag

auf Gewährung von Pflegegeld an Schwerbehinderte, Blinde und Gehörlose nach dem Landespflegegeldgesetz (LPfGG) für das Land Brandenburg

in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. Oktober 1995 (GVBl.I/95, [Nr. 20], S.259),
zuletzt geändert durch das Gesetz vom 12. Juli 2011 (GVBl.I/11, Nr. 16)

Antragsteller	
Name, Vorname	
Geburtsdatum, Geburtsort	
Anschrift (Hauptwohnung und ggf. Nebenwohnung) Bitte Kopie Ausweis vorlegen	
Telefonnummer (freiwillig)	
Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> EU-/EWR-Staat <input type="checkbox"/> Schweiz <input type="checkbox"/> folgende andere Staatsangehörigkeit	
Üben Sie eine Erwerbstätigkeit aus? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> im Inland <input type="checkbox"/> im Ausland <input type="checkbox"/> nein	

Betreuer / Bevollmächtigter (bitte Betreuerausweis bzw. Vollmacht vorlegen)	
Name, Vorname	
Verhältnis zum Antragsteller	
Anschrift	

Ich beantrage die Zahlung eines Pflegegeldes wegen:

- Nr. 1a: mit Verlust beider Beine im Oberschenkelbereich oder beider Hände,
- Nr. 1b: 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 SGB XII (§ 76 Abs. 2a Nr. 3a des Bundessozialhilfegesetzes) gleichgestellte Personen;
- Nr. 3: gehörlose Menschen ohne Anspruch auf Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch
- mit angeborener Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit;
- erworbener Taubheit bis zum 7. Lebensjahr oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit.
- Personen, die erst später die Taubheit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit erworben haben (gelten nur dann als gehörlos im Sinne dieses Gesetzes, wenn der Grad der Behinderung wegen schwerer Sprachstörungen 100 vom Hundert beträgt)

<p><u>Erhalten Sie</u></p> <p>➤ Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes vorsehen?</p> <p>➤ wenn ja, in welcher Höhe: _____</p>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<p>➤ Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung?</p> <p>➤ wenn ja, in welcher Höhe: _____</p>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<p>➤ Leistungen aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge?</p> <p>➤ wenn ja, in welcher Höhe: _____</p>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

<p>Welcher Krankenkasse gehören Sie an?</p> <p>(Name, Sitz, Versicherungsnummer)</p>	
---	--

Erhalten Sie Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI)? Bitte Kopie des Bewilligungs- oder Ablehnungsbescheides vorlegen.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2
			<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3
			<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4/5

Wo werden Sie betreut?	<input type="checkbox"/> häusliche Betreuung (in eigener Wohnung)
	<input type="checkbox"/> stationär bzw. teilstationär in <hr/>

Bankverbindung	
Kontoinhaber	
Konto-Nummer	
BLZ	
Geldinstitut	

Ein Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen „Bl“ „GL“	<input type="checkbox"/> liegt bereits vor (siehe Anlage)
	<input type="checkbox"/> wurde beantragt am _____ und wird nach Erhalt sofort unaufgefordert dem Amt für soziale Leistungen vorgelegt
	<input type="checkbox"/> wurde nicht beantragt

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers

Einverständniserklärung des Antragstellers:

Soweit es für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlich ist, erkläre ich mich einverstanden, dass das Amt für Soziales des Landkreises Ostprignitz-Ruppin Unterlagen und Auskünfte bei Behörden (u. a. Amt für Soziales und Versorgung), Sozialversicherungsträgern einholt und entbinde die mich untersuchenden bzw. behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe und dass ich keinen weiteren Antrag auf Gewährung von Leistungen für Schwerbehinderte, blinde oder gehörlose Menschen gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgezahlt werden müssen. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Gewährung des Pflegegeldes maßgebend sind, insbesondere Wechsel des Aufenthaltsortes in ein anderes Bundesland, Unterbringung in einer stationären oder einer anderen Einrichtung bzw. Freiheitsentzug, Gewährung einer gleichartigen Leistung, Besserung des Sehvermögens einschließlich durchgeführte Operationen an den Augen, werde ich umgehend angeben.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden sind, für eigene gesetzliche Aufgaben z.B. einem anderen Gutachter oder an andere Sozialleistungsträger (Krankenkasse, Bundesagentur für Arbeit, Berufsgenossenschaft) auch für deren gesetzliche Aufgaben offenbart werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i.V.m. § 76 Abs. 2 SGB X). Weiterhin nehme ich zur Kenntnis, dass ich dem widersprechen kann und dass ich einen Widerspruch zur Versagung oder Entziehung der beantragten Leistungen führen kann, nachdem ich auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden bin und eine mir gesetzte angemessene Frist verstrichen ist (§ 66 SGB I).

Ort, Datum	Unterschrift

Ich bestätige, dass ich bzw. mein Bevollmächtigter über die Beantragung von Blindenhilfe nach § 72 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) informiert wurde.

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

gewünscht

nicht gewünscht

Ort, Datum	Unterschrift