

ANTRAG auf:

- ZUERKENNUNG PFLEGE GELD**
 ERHÖHUNG PFLEGE GELD
 WEITERGEWÄHRUNG nach befristetem
Pflegegeldbezug
nach dem **Bundespflegegeldgesetz (BPGG)**

Eingangsstampiglie

FÜR

Bitte unbedingt ausfüllen ¹⁾
Versicherungsnummer-Geburtsdatum

1) Falls die Versicherungsnummer nicht bekannt ist, geben Sie bitte Ihr Geburtsdatum in der Form TT MM JJ an.

Familiename(n) und Vorname(n)		Personenstand	Pensionsnummer/Aktenzeichen (Nur anzugeben, wenn diese(s) nicht mit der Versicherungsnummer ident ist.)
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Staatsbürgerschaft:	<input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> EU/EWR-Staat <input type="checkbox"/> Schweiz <input type="checkbox"/> Konventionsflüchtling (Bitte Nachweis über die Flüchtlings-eigenschaft beilegen) <input type="checkbox"/> Sonstige (Bitte Nachweis über die Aufenthaltsberechtigung beilegen) seit	
Adresse – Straße, Gasse, Platz, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür			
Postleitzahl	Ort	Telefonnummer	
Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem Heim, Krankenhaus, bei Familienangehörigen usw. geben Sie bitte die genaue Adresse bekannt			

DURCH (nur auszufüllen, wenn der Antrag von der pflegebedürftigen Person nicht selbst gestellt werden kann)

Familiename(n) und Vorname(n)		
Adresse – Straße, Gasse, Platz, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür		
Postleitzahl	Ort	Telefonnummer
ICH BIN <input type="checkbox"/> die mit der gesetzlichen Vertretung betraute Person ²⁾ <input type="checkbox"/> die bevollmächtigte Person ²⁾ <input type="checkbox"/> (Sachwalter(in), mit der Obsorge betraute Person, Vorsorgebevollmächtigte(r), gewählte(r), gesetzliche(r) oder gerichtliche(r) Erwachsenenvertreter(in), Kurator(in))		

²⁾ Bitte Nachweis über die Vertretung beilegen, wenn diese dem Versicherungsträger noch nicht bekannt ist!

Zutreffendes bitte ankreuzen

Familienname und Vorname	Versicherungsnummer
---------------------------------	----------------------------

1. Wegen welcher Leiden ist Betreuung und Hilfe erforderlich bzw. hat sich Ihr Pflegebedarf erhöht?

(Eventuell vorhandene Befunde von Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin oder Krankenhaus legen Sie bitte bei – auch in Kopie.)

Bei neuerlicher Antragstellung vor Ablauf eines Jahres nach der letzten rechtskräftigen Entscheidung sind aktuelle medizinische Unterlagen (z.B. ärztliches Attest, Krankenhausbefunde) vorzulegen, aus denen hervorgeht, dass sich der Gesundheitszustand verschlechtert hat oder ein neues Leiden hinzugetreten ist.

Was ist die Hauptursache Ihrer Pflegebedürftigkeit?

- | | | |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| körperliche Einschränkung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| geistige Beeinträchtigung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gedächtnisstörung/Demenz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| psychiatrische Erkrankung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| andere Ursachen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....

.....

Sollen zusätzlich zum Pflegegeldwerber/zur Pflegegeldwerberin weitere Personen vom Termin des beabsichtigten Hausbesuches verständigt werden?

- nein
- ja

.....
(Familienname(n) und Vorname(n) sowie Adresse und Telefonnummer)

2. Von welcher Person/Stelle wird die notwendige Betreuung und Hilfe erbracht?

- Pflegeperson

.....
(Familienname(n) und Vorname(n) sowie Adresse)

Wird bzw. wurde von der Pflegeperson

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Familienhospizkarenz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Pflegekarenz oder Pflegezeit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
- in Anspruch genommen?

Besteht eine 24-Stunden-Betreuung? ja nein

.....
(Familienname(n) und Vorname(n) sowie Adresse der 24-Stunden-Betreuung)

- mobile Dienste (z.B. mobile Hilfe und Betreuung, Hauskrankenpflege, Essen auf Rädern)

.....
(Dienste, Kostenträger)

- ambulante/teilstationäre Dienste (z.B. Behinderteneinrichtung, Tagesheimstätte, Tagespflege, Kindergarten, Hort)

.....
(Einrichtung sowie Adresse, Kostenträger)

- dauernde Unterbringung in einer stationären Einrichtung (z.B. Alten-, Pflege-, Wohn- oder Erziehungsheim, Krankenanstalt)

.....
(Einrichtung sowie Adresse, Kostenträger)

Familienname und Vorname	Versicherungsnummer
---------------------------------	----------------------------

3. Befinden oder befanden Sie sich innerhalb der letzten Monate vor der Antragstellung in einer in- oder ausländischen Krankenanstalt (z. B. Krankenhaus, Rehabilitationszentrum, Kureinrichtung, Pflegeeinrichtung)?

nein

ja

(Krankenanstalt, Aufenthalt von – bis, Kostenträger)

Sollten Sie über den Anstaltsaufenthalt Unterlagen besitzen, senden Sie diese bitte mit.

4. Sind Sie durch einen Unfall pflegebedürftig geworden?

nein

ja Datum des Unfalls: und

Unfallhergang (stichwortartig):

.....

Liegt fremdes Verschulden am Unfall vor? ja nein

Handelt es sich um einen Arbeitsunfall? ja nein

Wurde eine Unfallanzeige erstattet? ja nein

Wenn ja, bei welcher Stelle?

.....

5. Beziehen oder beantragten Sie auf Grund Ihres Gesundheitszustandes bereits eine dem Pflegegeld ähnliche in- oder ausländische Leistung (z. B. Pflegezulage, Blindenzulage)?

nein

ja

(Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen)

Haben Sie eventuell auf Grund Ihres Gesundheitszustandes Anspruch auf eine dem Pflegegeld ähnliche ausländische Leistung, die Sie noch nicht beantragt haben?

nein

ja

(Art der Leistung, zuständige Stelle)

Erhalten Sie eine Pflegesachleistung aus einem EU-Mitgliedstaat, einem EWR-Staat oder der Schweiz?

nein

ja

(Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen)

6. Beziehen oder beantragten Sie auf Grund Ihres Gesundheitszustandes erhöhte Familienbeihilfe?

nein

ja

(auszahlende Stelle, Aktenzeichen)

7. Beziehen oder beantragten Sie noch eine weitere Pension, Rente, einen Ruhe- oder Versorgungsgenuss oder dergleichen?

nein

ja

(Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen)

Familienname und Vorname	Versicherungsnummer
---------------------------------	----------------------------

8. Waren Sie in Ihrer aktiven Tätigkeit Beamter/Beamtin?

nein

ja
(letzte Dienststelle)

9. Anweisung

MIT Pensionsbezug:

Wenn Sie bereits eine Pension, eine Vollrente aus der Unfallversicherung oder einen Ruhe- oder Versorgungsgenuss beziehen, wird das Pflegegeld wie diese Leistung angewiesen.

Der Bekanntgabe meines Kontos durch meine pensionsauszahlende Stelle an den Entscheidungsträger und der Anweisung des Pflegegeldes auf dieses Konto wird zugestimmt.

OHNE Pensionsbezug:

Die Anweisung auf ein Konto

wird gewünscht

Die Überweisung des Pflegegeldes auf ein Girokonto ist – auch bei bereits bestehendem Gehaltskonto – nur über „Antrag auf bargeldlose Pensionszahlung“ bei einem Geldinstitut Ihrer Wahl (Bank, Sparkasse, Postsparkasse etc.) möglich.

(Der bei Ihrer Bank erhältliche, ausgefüllte und bestätigte „Antrag auf bargeldlose Gehalts-/Pensionsauszahlung“ ist beizulegen.)

wird nicht gewünscht. **Barzahlung wird ausdrücklich beantragt.**

10. Erklärung

Ich erkläre, dass ich die in diesem Antragsformular enthaltenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe.

Ich nehme zur Kenntnis, dass mich das Bundespflegegeldgesetz verpflichtet, jede mir bekannte Veränderung in den Voraussetzungen für den Pflegegeldbezug, die den Verlust, eine Minderung, das Ruhen des Anspruches (z.B. ab dem 2. Tag eines Krankenhausaufenthaltes) oder eine Anrechnung auf das Pflegegeld (bei Bezug anderer pflegebezogener Leistungen neben dem Pflegegeld) begründen, binnen **vier Wochen** dem Entscheidungsträger zu melden.

Jede Änderung des Wohnsitzes – wenn auch nur vorübergehend – ist innerhalb von **zwei Wochen** zu melden.

Ich bin verpflichtet, dem Pflegegeld ähnliche ausländische Leistungen geltend zu machen. Wenn und solange ausländische Leistungen nicht geltend gemacht werden, kann das Pflegegeld abgelehnt, gemindert oder entzogen werden.

Bei Verletzung der Meldepflicht sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.

Ich bin sehbehindert/blind. ja nein

Wenn ja: Übermittlung des Bescheides auch an die E-Mail-Adresse

..... erwünscht.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Beilage(n):