

## Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Erstantrag

Einstufung in eine höhere Pflegestufe

*Eingangsstempel*

Änderung der Pflegeleistung ab:

zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen (nur für eingeschränkte Alltagskompetenz)

Antragsdatum:

Name, Vorname <b>Pflegebedürftigen</b>		Geburtsdatum	
PLZ:	Ort:		
Straße:		Telefonnummer:	
<b>Versichertennummer:</b>			

<b>Ich habe einen Betreuer</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen)
<b>Ich habe einen Bevollmächtigten</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte Vollmacht beifügen)
Name, Vorname: .....		
PLZ:	Ort: .....	
Straße: .....		Telefonnummer: .....

### Ich beantrage hiermit folgende Leistungen:

<input type="checkbox"/> <b>Pflegegeld*</b> (für eine private Pflegeperson, z. B. Familienangehörige)
<input type="checkbox"/> <b>Kombinationsleistung*</b> (Pflegesachleistung und Pflegegeld)
<input type="checkbox"/> <b>Pflegesachleistung*</b> (z. B. durch eine Pflegekraft eines Pflegedienstes)
<input type="checkbox"/> <b>Tages- oder Nachtpflege</b> (teilstationäre Pflegeeinrichtungen)
<input type="checkbox"/> <b>Dauerhafte Pflege in einem Pflegeheim</b> , weil <input type="checkbox"/> Pflege in der Häuslichkeit nicht mehr möglich ist <input type="checkbox"/> keine Pflegeperson vorhanden ist
<input type="checkbox"/> <b>Dauerhafte Pflege in einer Einrichtung für behinderte Menschen (Wohnheim, Außenwohngruppe)</b>
<input type="checkbox"/> <b>Antrag auf Pflegezeit</b> bitte zusätzlich ankreuzen, <b>gilt nur</b> für Pflegepersonen die zur Pflege ihrer Angehörigen <u>eine Freistellung von der Arbeit/Berufstätigkeit</u> bis zu 6 Monaten beantragen wollen
* Gleichzeitig beantrage ich auch zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen.

<b>Die Pflege wird durchgeführt von Ehegatten/Angehörigen*/Bekanntem</b>			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	* bitte Verwandtschaftsverhältnis angeben: .....		
Name, Vorname der <b>Pflegeperson</b>		Geburtsdatum	
PLZ:	Ort: .....		
Straße: .....		Telefonnummer: .....	
<b>Die Pflege wird zurzeit nicht im Haushalt des Pflegebedürftigen durchgeführt</b>			
Anschrift: .....			

