

Antrag auf Gewährung von Landespflegegeld nach dem Landespflegegeldgesetz Rheinland-Pfalz (LPfGG)

Name, Vorname, ggf. Geburtsname

Geburtsdatum und -ort

wohnhaft

Telefon-Nr.

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet getrennt lebend / geschieden

Name und Vorname des nächsten Angehörigen

Verwandtschaftsverhältnis

wohnhaft

Telefon-Nr.

Sind oder waren Sie oder Ihr Ehegatte im öffentlichen Dienst beschäftigt? (Bei Kindern: ein Elternteil)

nein

als Beamter

Besteht Beihilfeanspruch?

ja, welche Dienststelle

als Angestellter/Arbeiter

(auch Pauschalbeihilfe)

Ja

Nein

Name, Vorname, Anschrift des Betreuers bzw. Bevollmächtigten (Bestellungsurkunde / Vollmacht beifügen)

Ursache der Behinderung:

von Geburt

Unfall

Krankheit

Kriegseinwirkung

sonstiges (bitte angeben):

Die Behinderung wurde bisher behandelt von (bitte Arzt bzw. Krankenhaus angeben und hausärztliches Attest beifügen)

Bei Unfall oder anderen Schadensereignissen:

Bestehen Ansprüche auf Schmerzensgeld oder Schadenersatz gegen Dritte?

Nein

Ja (Name, Anschrift)

Wird eine Einrichtung besucht?

Nein

Ja, folgende

Kindergarten/Sonderkindergarten

Schule/Sonderschule

Werkstatt für Behinderte

Alten-/Pflegeheim/Kurzzeitpflege

Tages-/Nachtpflege

sonstige Betreuungsstätte

Internat

Name und Anschrift der Einrichtung

Werden Pflegeleistungen bezogen? Ja Nein Beantragt
(bei allen Leistungsarten Kopie des Bescheides beifügen)

1. Pflegegeld/-leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI)
2. Blindenhilfe nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XII
3. Pflegeleistungen der Berufsgenossenschaften
4. Sonstige Pflegeleistungen (z.B. Haftpflichtleistungen oder Pflegezulage nach dem Lastenausgleichsgesetz (LAG) oder dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG) bzw. Pflegeleistungen nach versicherungsrechtlichen Vorschriften

EUR

Name und Anschrift der Krankenkasse / Pflegekasse und / oder Beihilfestelle

--

Erhalten Sie eine Versorgungsrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), z.B. Grundrente, Ausgleichsrente ? (diese wird von der Bundeskasse Trier gezahlt und gilt für Kriegsbeschädigte oder Kriegshinterbliebene)

Ja Nein

Wurde bereits in der Vergangenheit ein Antrag auf Landespflegegeld gestellt?

Ja Nein

Angaben zur Zahlung des Landespflegegeldes

Name des Kreditinstituts

--

IBAN

BIC

Kontoinhaber

--	--	--

Ich ermächtige das Geldinstitut, an das die Leistungen überwiesen werden, mit Wirkung auf meine Erben und etwaigen Verfügungsberechtigten gegenüber, überzahlte Beträge auf Anforderung der Landespflegegeldstelle der Kreisverwaltung Altenkirchen zurückzuzahlen und Auskünfte zu erteilen, die zur Rückzahlung überzahlter Beträge erforderlich sind.

Ich versichere, vorstehende Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Mir ist bekannt, dass ich gesetzlich verpflichtet bin, der Kreisverwaltung Altenkirchen

- a) **jede Änderung der Umstände, die für die Gewährung des Landespflegegeldes maßgebend sind, unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen. Dies gilt insbesondere für anrechenbare Pflegegeldleistungen, Umzug oder die Aufnahme in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen sowie in teilstationären Einrichtungen.**
- b) **Überzahlte Beträge sind zu erstatten, insbesondere wenn die nach Buchstabe a) genannten Mitteilungspflichten nicht beachtet wurden.**

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers
(bzw. des gesetzlichen Vertreters)

Antrag auf Gewährung von Landespflegegeld nach dem Landespflegegeldgesetz Rheinland-Pfalz (LPfGG)

Name, Vorname, ggf. Geburtsname

Geburtsdatum und -ort

wohnhaft

Telefon-Nr.

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet getrennt lebend / geschieden

Name und Vorname des nächsten Angehörigen

Verwandtschaftsverhältnis

wohnhaft

Telefon-Nr.

Sind oder waren Sie oder Ihr Ehegatte im öffentlichen Dienst beschäftigt? (Bei Kindern: ein Elternteil)

nein als Beamter als Angestellter/Arbeiter Bestehet Beihilfeanspruch? (auch Pauschalbeihilfe)

ja, welche Dienststelle

Ja Nein

Name, Vorname, Anschrift des Betreuers bzw. Bevollmächtigten (Bestellungsurkunde / Vollmacht beifügen)

Ursache der Behinderung: von Geburt Unfall Krankheit Kriegseinwirkung

sonstiges (bitte angeben):

Die Behinderung wurde bisher behandelt von (bitte Arzt bzw. Krankenhaus angeben und hausärztliches Attest beifügen)

Bei Unfall oder anderen Schadensereignissen:

Bestehen Ansprüche auf Schmerzensgeld oder Schadenersatz gegen Dritte?

Nein Ja (Name, Anschrift)

Wird eine Einrichtung besucht?

Nein

Ja, folgende

Kindergarten/Sonderkindergarten

Schule/Sonderschule

Werkstatt für Behinderte

Alten-/Pflegeheim/Kurzzeitpflege

Tages-/Nachtpflege

sonstige Betreuungsstätte

Internat

Name und Anschrift der Einrichtung

Werden Pflegeleistungen bezogen? Ja Nein Beantragt
(bei allen Leistungsarten Kopie des Bescheides beifügen)

1. Pflegegeld/-leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI)
2. Blindenhilfe nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XII
3. Pflegeleistungen der Berufsgenossenschaften
4. Sonstige Pflegeleistungen (z.B. Haftpflichtleistungen oder Pflegezulage nach dem Lastenausgleichsgesetz (LAG) oder dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG) bzw. Pflegeleistungen nach versicherungsrechtlichen Vorschriften

EUR

Name und Anschrift der Krankenkasse / Pflegekasse und / oder Beihilfestelle

--

Erhalten Sie eine Versorgungsrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), z.B. Grundrente, Ausgleichsrente ? (diese wird von der Bundeskasse Trier gezahlt und gilt für Kriegsbeschädigte oder Kriegshinterbliebene)

Ja Nein

Wurde bereits in der Vergangenheit ein Antrag auf Landespflegegeld gestellt?

Ja Nein

Angaben zur Zahlung des Landespflegegeldes

Name des Kreditinstituts

--

IBAN

BIC

Kontoinhaber

--	--	--

Ich ermächtige das Geldinstitut, an das die Leistungen überwiesen werden, mit Wirkung auf meine Erben und etwaigen Verfügungsberechtigten gegenüber, überzahlte Beträge auf Anforderung der Landespflegegeldstelle der Kreisverwaltung Altenkirchen zurückzuzahlen und Auskünfte zu erteilen, die zur Rückzahlung überzahlter Beträge erforderlich sind.

Ich versichere, vorstehende Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Mir ist bekannt, dass ich gesetzlich verpflichtet bin, der Kreisverwaltung Altenkirchen

- a) jede Änderung der Umstände, die für die Gewährung des Landespflegegeldes maßgebend sind, unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen. Dies gilt insbesondere für anrechenbare Pflegegeldleistungen, Umzug oder die Aufnahme in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen sowie in teilstationären Einrichtungen.
- b) Überzahlte Beträge sind zu erstatten, insbesondere wenn die nach Buchstabe a) genannten Mitteilungspflichten nicht beachtet wurden.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers
(bzw. des gesetzlichen Vertreters)

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich entbinde hiermit alle Ärzte; Kliniken, ärztliche Gutachter und den medizinischen Dienst der Kranken- und Pflegekassen von der ärztlichen Schweigepflicht für die im Rahmen des Landespflegegeldgesetzes benötigten Auskünfte gegenüber dem zuständigen Leistungsträger. Ich ermächtige hiermit meine Kranken-/Pflegekasse bzw. Beihilfestelle und das Amt für soziale Angelegenheiten, alle medizinischen Unterlagen – insbesondere die Bescheide über den Bezug von Pflegeleistungen und die Gutachten des Medizinischen Dienstes- der Kreisverwaltung Altenkirchen zur Verfügung stellen, soweit dies für die Bewilligung und Zahlung des Landespflegegeld erforderlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/gesetzlicher Vertreter

Anlage zum Antrag
auf Gewährung von Landespflegegeld nach dem Landespflegegeldgesetz für
Rheinland-Pfalz –LPfIGG- in der zur Zeit gültigen Fassung

Hausärztliches Attest

zum Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Landespflegegeldgesetz - LPfGG – für Rheinland-Pfalz in der zur Zeit gültigen Fassung

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(PLZ, Wohnort)

Straße, Hausnummer)

steht bei mir seit in Behandlung.

Diagnose:

Allgemeinzustand:

- Kachexis - reduziert - ausreichend - gut -

	Ja	Nein
Es liegt ein Verlust beider Beine im Oberschenkel vor, bei dem eine prothetische Versorgung nicht möglich ist oder bei dem eine weitere wesentliche Behinderung vorliegt und zwar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es handelt sich um einen Ohnhänder. Ja Nein

Es handelt sich um den Verlust dreier Gliedmaßen (als Gliedmaße gilt mind. die ganze Hand oder der ganze Fuß), nämlich: Ja Nein

linke Hand (Arm) rechte Hand (Arm)

linker Fuß (Bein) rechter Fuß (Bein)

Es handelt sich um den Funktionsausfall durch Lähmungen oder durch sonstige Bewegungsbehinderungen, vergleichbar den vorgenannten Fallgruppen: Ja Nein

linke Hand (Arm) rechte Hand (Arm)

linker Fuß (Bein) rechter Fuß (Bein)

Es liegt eine Gebrauchsbehinderung an mehreren Gliedmaßen vor, infolge Parese oder sonstiger Veränderungen: Ja Nein

linke Hand (Arm) rechte Hand (Arm)

linker Fuß (Bein) rechter Fuß (Bein)

sie ist hochgradig schwer mittel leicht Ja Nein

Sie/Er ist blind. Ja Nein

	Ja	Nein
Die Sehschärfe beträgt auf dem besseren Auge nicht mehr als ein Fünzigstel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es bestehen sonstige schwere oder dauernde Störungen des Sehvermögens (Ausfälle des Gesichtsfeldes).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es handelt sich um eine Hirnbeschädigung (traumatisch oder durch Erkrankung wie z.B. ein cerebraler Gefäßprozess, eine Multiple Sklerose) mit einer körperlichen Störung an folgendem Organ <input style="width: 300px; height: 15px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit einer schweren geistigen oder schweren seelischen Störung bzw. Behinderung (Verwirrtheit, erhebliche Störung der Affektivität).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es besteht eine dauernde, außergewöhnliche motorische Unruhe, wegen der es ständiger Aufsicht bedarf (z.B. erethischer Schwachsinn, sklerotische Verwirrtheit).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die/Der Behinderte ist so hilflos, dass sie/er für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des tgl. Lebens (z.B. An- und Auskleiden, Waschen, Kämmen, Körperhygiene, Einnehmen von Speisen und Getränken, Verrichten der Notdurft, Bewegung innerhalb und außerhalb der Wohnung) in erheblichem Umfang fremder Hilfe bedarf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Behinderung ist so schwer, dass sie dauerndes Krankenlager oder außergewöhnliche Pflege erfordert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darüber hinaus ist eine ständige Bereitschaft der Pflegeperson zu fordern (dies ist der Fall, wenn die/der Behinderte auch vorübergehend nicht allein gelassen werden kann) oder es sind an die physischen und an die psychischen Kräfte der Pflegeperson besonders hohe Anforderungen zu stellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ergänzende Hinweise bezüglich des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit:

(Ort und Datum)

(Stempel und Unterschrift des Arztes)

Eine Behinderung nach § 2 Nr. (siehe Anlage) liegt vor.

Anlage zum Hausärztlichen Attest

zum Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Landespflegegeldgesetz – LPfIGG- für Rheinland-Pfalz in der zur Zeit gültigen Fassung

§ 2

Anspruchsberechtigte Personen

Schwerbehinderte Menschen sind

1. Personen mit Verlust beider Beine im Oberschenkel, bei denen eine prothetische Versorgung nicht möglich ist oder die eine weitere wesentliche Behinderung haben,
2. Ohnhänder,
3. Personen mit Verlust dreier Gliedmaßen,
4. Personen mit Lähmungen oder sonstigen Bewegungsbehinderungen, wenn diese Behinderungen denjenigen der in den Nummern 1 bis 3 genannten Personen gleichkommen,
5. hirnverletzte Personen mit schweren körperlichen und schweren geistigen oder seelischen Störungen und Gebrauchsbehinderung mehrerer Gliedmaßen,
6. Personen mit schweren geistigen oder seelischen Behinderungen, die wegen dauernder und außergewöhnlicher motorischer Unruhe ständiger Aufsicht bedürfen,
7. andere Personen, deren dauerndes Krankenlager erfordernder Leidenszustand oder deren Pflegebedürftigkeit aus anderen Gründen so außergewöhnlich ist, daß ihre Behinderung der Behinderung der in den Nummern 1 bis 6 genannten Personen vergleichbar ist.

Als Gliedmaße gilt mindestens die ganze Hand oder der ganze Fuß. Nicht anspruchsberechtigt sind schwerbehinderte Menschen, deren Behinderung ausschließlich auf einem Ausfall oder einer Beeinträchtigung des Sehvermögens beruht.