

ANTRAG auf:

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

FÜR

| |
|---|
| Bitte unbedingt ausfüllen ¹⁾ |
| Versicherungsnummer-Geburtsdatum |
| |

Eingangsstampiglie

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

| | | | |
|--|---------------|---|---------------|
| Zuname(n) und Vorname(n) | Personenstand | Aktenzeichen (Nur anzugeben, wenn diese(s) nicht mit der Versicherungsnummer ident ist.) | |
| Staatsbürgerschaft: <input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> EWR-Mitgliedsland <input type="checkbox"/> Schweiz <input type="checkbox"/> Konventionsflüchtling (Bitte Nachweis über die Flüchtlingseigenschaft beilegen) <input type="checkbox"/> sonstige seit | | | |
| Adresse – Straße, Gasse, Platz, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür | | | |
| Postleitzahl | Ort | Bezirk | 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)

| | | | |
|--|---|---|--|
| Zuname(n) und Vorname(n) | | | |
| Adresse – Straße, Gasse, Platz, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür | | | |
| Postleitzahl | Ort | Bezirk | Telefonnummer |
| ICH BIN | <input type="checkbox"/> der/die gesetzliche Vertreter/ Vertreterin | <input type="checkbox"/> der/die gerichtlich bestellte Sachwalter/ Sachwalterin ²⁾ | <input type="checkbox"/> die obsorgepflichtige Person ²⁾ <input type="checkbox"/> |

²⁾ Bitte Bestellurkunde dem Antrag beilegen, wenn die Bestellung dem Versicherungsträger noch nicht angezeigt wurde!

Zutreffendes bitte ankreuzen

DVR: 0024244

Weiter auf Seite 2!

Auskunft und Beratung:

Wir bitten Sie, unsere Abteilung und die Versicherungsnummer (VSNR) bei jedem Schriftwechsel anzuführen und Ihr Schreiben nicht namentlich an einen unserer Mitarbeiter zu richten.

| | |
|---------------------------|----------------------------|
| Zuname und Vorname | Versicherungsnummer |
|---------------------------|----------------------------|

Zutreffendes bitte ankreuzen

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 rechtsgültigen Entscheidung ist jedenfalls ein ärztliches Attest vorzulegen.

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

(Zuname(n) und Vorname(n) sowie Adresse und Telefonnummer)

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

Pflegeperson

(Zuname(n) und Vorname(n) sowie Adresse)

Wird bzw. wurde von der Pflegeperson Familienhospizkarenz in Anspruch genommen?

ja

nein

Besteht eine 24-Stunden-Betreuung?

nein

ja

(Zuname(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)

| | |
|--------------------|---------------------|
| Zuname und Vorname | Versicherungsnummer |
|--------------------|---------------------|

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

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

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 Bundespflegegeld ähnliche in- oder ausländische Leistung (z. B. Pflegezulage, Blindenzulage)?

nein

ja

(Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen)

Erhalten Sie eine Pflegesachleistung aus einem EU-Mitgliedstaat?

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 oder Rente, einen Ruhe- oder Versorgungsgenuss und dergleichen?

nein

ja

(Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen)

| | |
|--------------------|---------------------|
| Zuname und Vorname | Versicherungsnummer |
|--------------------|---------------------|

Zutreffendes bitte ankreuzen

8. Waren Sie in Ihrer 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 Pensionskontos 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.

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):