

**Antrag auf Gewährung von Pflegegeld  
für schwerbehinderte, blinde und gehörlose Menschen  
nach dem Landespflegegeldgesetz (LPfIGG)**



1. Persönliche Angaben	
Name, Vorname	Geburtsdatum, Geburtsort
Staatsangehörigkeit	Familienstand
Anschrift	
Telefon (freiwillig)	E-Mail (freiwillig)
Krankenkasse	Krankenversicherungsnummer

2. Betreuer /Bevollmächtigter/Erziehungsberechtigter (bitte Betreuerbestellung oder Vollmacht einreichen)	
Betreuer:	
Anschrift	
Telefon (freiwillig)	

Wurde ein Antrag auf Feststellung bzw. Änderung einer Schwerbehinderung gestellt?
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wurde am _____ beantragt. Die Entscheidung steht noch aus. Der Antrag wird unter folgendem Akten-/Geschäftszeichen _____ geführt. <input type="checkbox"/> Ja, der Bescheid des Landesamtes für Soziales und Versorgung liegt dem Antrag bei.

Schwerbehinderung
Die Antragstellung erfolgt aufgrund
<input type="checkbox"/> Schwerbehinderung (Verlust beider Beine oder beider Hände, Lähmungen oder gleichartiger Behinderungen) <input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> Gehörlosigkeit

Die Schwerbehinderung / Blindheit / Gehörlosigkeit ist Folge einer/s

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> angeborene Behinderung         | <input type="checkbox"/> altersbedingte Erkrankung   |
| <input type="checkbox"/> Unfalls                        | <input type="checkbox"/> Kriegs, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung,<br>Gewalttat, Impfschaden |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit | <input type="checkbox"/> Sonstiges   |

4. Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften

Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI (Pflegekasse)

- Ich erhalte **keine** Pflegeleistungen der sozialen Pflegeversicherung (Pflegekasse)
- Ich habe am \_\_\_\_\_ einen Antrag auf Pflegeleistungen gestellt.
- Ich erhalte Pflegeleistungen der
- |                          |              |            |
|--------------------------|--------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | Pflegegrad 1 | seit _____ |
| <input type="checkbox"/> | Pflegegrad 2 | seit _____ |
| <input type="checkbox"/> | Pflegegrad 3 | seit _____ |
| <input type="checkbox"/> | Pflegegrad 4 | seit _____ |
| <input type="checkbox"/> | Pflegegrad 5 | seit _____ |

in Form von

- |                          |                      |                        |
|--------------------------|----------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Pflegegeld           | in Höhe von _____ Euro |
| <input type="checkbox"/> | Pflegesachleistung   | in Höhe von _____ Euro |
| <input type="checkbox"/> | Kombinationsleistung |                        |

Der Bewilligungsbescheid der Pflegekasse ist beigelegt.

Die pflegerische Versorgung erfolgt durch den Pflegedienst

\_\_\_\_\_

Leistungen anderer Träger

- Ich erhalte Leistungen
- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)<br>(Kriegsbeschädigten- oder Kriegshinterbliebenenrente, Pflegezulagen) |
| <input type="checkbox"/> | nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG)   |
| <input type="checkbox"/> | nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)   |
| <input type="checkbox"/> | nach dem Soldatenversorgungs-, Wehr und Zivildienstgesetz  |
| <input type="checkbox"/> | nach dem Häftlingsgesetz (HHG) , SED-Unrechtsbereinigungsgesetz  |
| <input type="checkbox"/> | der gesetzlichen Unfallversicherung (Unfallkasse)  |
| <input type="checkbox"/> | öffentlicher Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge                        |
| <input type="checkbox"/> | nach ausländischen Rechtsvorschriften  |
- Ich erhalte **keine** der genannten Leistungen

### 5. Aufenthalt in einem Heim oder vergleichbaren Einrichtung

- Ich wohne in einem Heim  
(z.B. Pflegeheim, Einrichtung der Eingliederungshilfe, Einrichtung der Jugendhilfe)
- Ich befinde mich in einer Anstalt aufgrund einer freiheitsentziehenden Maßnahme bzw.  
einem psychiatrischen Krankenhaus aufgrund gerichtlich angeordneter Unterbringung
- Ich besuche eine teilstationäre Einrichtung (Tagespflege, Werkstatt für behinderte Menschen, etc.)

### 6. Bankverbindung

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

### 7. Anlagen / Einzureichende Unterlagen

- ⇒ Vollmacht/ Betreuerausweis
- ⇒ Feststellungsbescheides des Landesamtes für Soziales und Versorgung
- ⇒ Schwerbehindertenausweis
- ⇒ Bescheid der Pflegekasse / anderer Träger
- ⇒ Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

### 8. Erklärung des Antragstellers oder gesetzlichen Vertreters oder Bevollmächtigten

**Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben.**

**Mir ist bekannt, dass bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist und die Rückzahlung der zu Unrecht erhaltenen Leistungen verlangt wird.**

**Ich verpflichte mich, meiner Mitwirkungspflicht gemäß § 60 Erstes Sozialgesetzbuch (SGB I) nachzukommen und werde jede für die Bearbeitung und Gewährung von Landespflegegeld nach dem Landespflegegeldgesetz erforderlichen Angaben und Änderungen unaufgefordert und sofort dem zuständigen Sozialamt mitteilen.**

Hinweis nach § 35 SGB I i.V.m. § 67 a Abs. 3 SGB X

Ihre Angaben werden vom Sozialamt auf der Grundlage der §§ 67a-c SGB X zur Erfüllung der Aufgaben nach dem Landespflegegeldgesetz zum Zwecke der Bearbeitung Ihres Antrages erhoben, gespeichert und genutzt. Sie werden - falls erforderlich- an das Landessozialamt übermittelt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller / Vertreter