



An die \_\_\_\_\_  
 (Name der Stelle an die der Antrag gerichtet ist)

**ANTRAG** auf:

- ZUERKENNUNG PFLEGEgeld**
- ERHÖHUNG PFLEGEgeld**
- WEITERGEWÄHRUNG nach befristetem Pflegegeldbezug**

nach dem **Bundespflegegeldgesetz (BPGG)**

**FÜR**

Bitte unbedingt ausfüllen <sup>1)</sup>	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

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

Eingangsstampiglie

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 Konventionsflüchtling (Bitte Nachweis über die Flüchtlingseligenschaft 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
<b>ICH BIN</b>	<input type="checkbox"/> die mit der gesetzlichen Vertretung betraute Person <sup>2)</sup> (Sachwalter(in), mit der Obsorge betraute Person, Vorsorgebevollmächtigte(r), gewählte(r), gesetzliche(r) oder gerichtliche(r) Erwachsenenvertreter(in), Kurator(in))	<input type="checkbox"/> die bevollmächtigte Person <sup>2)</sup> _____

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

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 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 in Anspruch genommen?        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

- |                                    |                             |                               |
|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Besteht eine 24-Stunden-Betreuung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> 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)

**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?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Handelt es sich um einen Arbeitsunfall?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde eine Unfallanzeige erstattet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bei welcher Stelle?		

\_\_\_\_\_

**5. Beziehen oder beantragten Sie aufgrund 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 aufgrund 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 aufgrund 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)

**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. Kostenlose Pflegeberatung zu Hause**

- Ich ersuche um eine kostenlose Pflegeberatung und Information über das regionale Unterstützungsangebot durch eine diplomierte Pflegefachkraft. Ich bin damit einverstanden, dass die für den Hausbesuch erforderlichen Daten der pflegebedürftigen Person (Name, Sozialversicherungsnummer, Anschrift, Telefonnummer) an die für die Organisation der Pflegeberatung zuständige Stelle (Kompetenzzentrum zur Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege) übermittelt werden.

**11. 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):