

# Antrag auf Leistungen nach dem Landespflegegeldgesetz (LPfIGG) für Schwerbehinderte, Blinde und Gehörlose

Bitte zurücksenden an:

Ausgegeben am:

Landkreis Oder-Spree  
Sozialamt – 50/3 Hilfe zur Pflege  
Liebknechtstraße 21/22  
15848 Beeskow

Eingangsstempel Sozialamt

## Daten des Antragstellers

Name		Vorname	
Geb.-Datum		Geb.-Name	
Straße		PLZ/Ort	
Fam.-stand		Telefon	
Aktenzeichen (falls bekannt)	50-3-		

Krankenkasse	
Anschrift	

teilstationäre Betreuung (Ganztagsbetreuung)  ja  nein

wenn ja, wo?

## Betreuer/Bevollmächtigter

Name		Vorname	
Straße		PLZ/Ort	
Telefon			

## Ich beantrage die Leistungen des Landespflegegeldgesetzes nach § 2 LPfIGG aufgrund folgender Anspruchsvoraussetzung:

- Nr. 1 Personen ohne Anspruch auf Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch
  - a - mit Verlust beider Beine im Oberschenkelbereich oder beider Hände,
  - b - mit Lähmungen oder gleichartigen Behinderungen,  
wenn dadurch auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, Betreuungsbedarf zur Sicherung der körperlichen und hauswirtschaftlichen Versorgung besteht;
- Nr. 2 blinde Menschen und Ihnen nach § 72 Abs. 5 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) gleichgestellten Personen;
- Nr. 3 gehörlose Menschen ohne Anspruch auf Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)
  - mit angeborener Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit,
  - mit bis zum 7. Lebensjahr erworbener Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit,
  - Personen, die erst später die Taubheit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit erworben haben, wenn der Grad der Behinderung wegen schwerer Sprachstörungen 100 vom Hundert beträgt.

**Ergänzungen (Krankheiten/Behinderungen)**


**Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften (Bitte Kopien beifügen – auch Ablehnungen)**

	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Höhe der Leistung
Pflegezulage n. § 35 des Bundesversorgungsgesetzes (BVG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
Pflegezulage n. § 296 des Lastenausgleichsgesetzes (LAG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
Leistungen aus der Pflegeversicherung (SGB XI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
sonstige Leistungen (z. B. nach dem SGB XII)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€

**Angaben zum Schwerbehindertenausweis (Bitte Kopie des Schwerbehindertenausweises, sowie des Feststellungsbescheides über den Grad der Behinderung des Landesamtes für Soziales und Versorgung beifügen)**

Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Grad der Behinderung	
Versorgungsamt				
ausgestellt am			gültig bis	
Merkzeichen	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> aG	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> H
	<input type="checkbox"/> RF	<input type="checkbox"/> BL	<input type="checkbox"/> GL	

**Nähere Angehörige (z. B. Ehegatte, Eltern, Kinder, Vormund/Pfleger)**

Name		Vorname	
Verwandtschaftsverhältnis			
Anschrift			
Name		Vorname	
Verwandtschaftsverhältnis			
Anschrift			
Name		Vorname	
Verwandtschaftsverhältnis			
Anschrift			
Name		Vorname	
Verwandtschaftsverhältnis			
Anschrift			

**Bankverbindung der/des Berechtigten**

Kontoinhaber																	
Kreditinstitut																	
IBAN	D	E															
BIC																	

**Sonstige Angaben (nur bei Beantragung der Leistung für Blinde auszufüllen)**

Ich bestätige, dass ich bzw. mein/e Bevollmächtigte/r über die Beantragung von Blindenhilfe nach § 72 SGB XII beraten wurde.

Die Beantragung der Blindenhilfe im Sinne des § 72 SGB XII wird zum jetzigen Zeitpunkt

gewünscht  nicht gewünscht.

Vollmacht

liegt vor  wird nachgereicht  Betreuerausweis

**Erläuterung zu § 72 Abs. 5 SGB XII**

Blinden Menschen stehen Personen gleich, deren beidäugige Gesamtsehschärfe nicht mehr als ein Fünfzigstel beträgt oder bei denen dem Schweregrad dieser Sehschärfe gleichzuachtende, nicht nur vorübergehende Störungen des Sehvermögens vorliegen.

**Erläuterung zum Antrag auf Leistungen nach dem Landespflegegesetz**

Bei der Prüfung des Antrages auf Landespflegegeld nach dem Landespflegegeldgesetz (LPfGG), in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. Oktober 1995 (GVBl.I/95, [Nr. 20], S.259), zuletzt geändert durch das Zweite Gesetz zur Änderung des Landespflegegeldgesetzes vom 17. Dezember 2015, müssen gleichartige Leistungen, die nach anderen Rechtsvorschriften gewährt werden, Berücksichtigung finden.

Danach sind die Leistungen aus der Pflegeversicherung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) auf das Landespflegegeld anzurechnen.

Sie werden daher aufgefordert, spätestens im Monat der Antragstellung auf Leistungen nach dem Landespflegegeldgesetz bei der zuständigen Krankenversicherung Leistungen aus der Pflegeversicherung zu beantragen.

Der Bescheid hierüber ist dem Bereich Soziales unverzüglich zuzuleiten.

**Erklärung der/des Berechtigten**

Ich erkläre, dass die gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und nichts verschwiegen wurde. Des Weiteren erkläre ich, dass ich die vorstehenden Erläuterungen gelesen und verstanden habe.

Mit diesem Antrag erkläre ich mein Einverständnis, dass die zur ärztlichen Begutachtung notwendigen Angaben an den ärztlichen Dienst des Versorgungsamtes bzw. an den Amtsarzt weitergeleitet werden.

Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muss oder weniger Leistungen erhalte.

Ich bestätige, ausdrücklich davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Tatsachen, die für die Gewährung maßgebend sind, insbesondere Leistungen, die nach § 5 LPfGG anzurechnen sind (gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften) oder die Aufnahme in ein Krankenhaus, einem Heim oder eine Gleichartige Einrichtung unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Antragsteller/in / Bevollmächtigte/r