

Behörde/Geschäftszeichen  
 Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin  
 Geschäftsbereich Soziales  
  
 Berlin  
 Gz.:

- Erstantrag      **nach dem Landespflegegeldgesetz**  
 Änderungsantrag  
 Erneuter Antrag (bitte ärztliches Attest beifügen)

Hinweis: Die Beantwortung aller Fragen ist für die Bearbeitung Ihres Antrages notwendig. Die gesetzlichen Grundlagen für die Erhebung der Daten entnehmen Sie bitte dem beigefügten Merkblatt.

<b>Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen</b>				
1.1	Name, Vorname			
	Geburtsname, Geburtsdatum			
	Familienstand	ledig <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> seit</span>		
	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
	Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>		
1.2	Wohnsitzanschrift in Berlin (Gebäudeteil, Aufgang, Etage, rechts/links/mitte-)		Telefon (freiwillige Angabe)	
	Wohnsitzanschrift außerhalb Berlins		Telefon (freiwillige Angabe)	
	Gewöhnlicher Aufenthalt	seit	Telefon (freiwillige Angabe)	
	<b>Derzeitiger Aufenthalt</b> , an dem Sie zu erreichen sind		Telefon (freiwillige Angabe)	
1.3	Sind Sie zurzeit in einem Krankenhaus, einer Klinik, einem Krankenhaus, einem Heim o. Ä.	<input type="checkbox"/> Ja <span style="font-size: 1.2em;">→</span>	Seit	
		<input type="checkbox"/> Nein	Name und Anschrift der Einrichtung	
	Wer trägt die Kosten, in welcher Höhe und seit wann?	<input type="checkbox"/> Ich selbst	Zeitraum	€ monatlich
		<input type="checkbox"/> Krankenkasse		
		<input type="checkbox"/> Pflegekasse		
		<input type="checkbox"/> Angehörige		
	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>			

1.4	Waren Sie in den letzten 2 Jahren Patient in einem Krankenhaus, einer Nervenlinik, einem Hospital o. Ä.?	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	Zeitraum	
			Name und Anschrift der Einrichtung	
1.5	Sind Sie krankenversichert?	<input type="checkbox"/> Ja, eigenversichert <input type="checkbox"/> Ja, familienversichert bei	Krankenkasse	
			Name des Familienmitglieds	
	<input type="checkbox"/> Nein	Name der Krankenkasse		
2.1	Welcher Art ist die Behinderung und seit wann liegt sie vor?	Seit		
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
	Ist die Behinderung bereits amtlich festgestellt?			
		Von wem?		
	Sind Sie bettlägerig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
2.2	Ursache der Behinderung	<input type="checkbox"/> Impfschäden <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> angeborenes Leiden <input type="checkbox"/> Kriegsbeschädigung <input type="checkbox"/> Berufskrankheit <input type="checkbox"/> Erkrankung <input type="checkbox"/> NS-Verfolgung <input type="checkbox"/> Dienstbeschädigung <input type="checkbox"/> sonstiger Unfall <input type="checkbox"/> Opfer einer Gewalttat <input type="checkbox"/> sonstige Ursache		
2.3	Sind Sie als Schwerbehinderter anerkannt?	<input type="checkbox"/> Ja, seit → <input type="checkbox"/> Nein	Grad der Behinderung	
	Welche Merkzeichen sind auf der Rückseite des Ausweises eingetragen?		Schwerbehindertenausweis (ausgestellt durch)	
2.4	Werden Sie ärztlich behandelt?	<input type="checkbox"/> Ja, von → <input type="checkbox"/> Nein	Namen, Anschriften und Telefonnr.	

3.1	Wer führt die erforderliche Pflege oder Betreuung durch?	Name, Anschrift und Telefon		
3.2	Seit wann?			
3.3	Von wem erhält die Pflegeperson ein Entgelt?			
3.4	In welcher Form?	<input type="checkbox"/> Geld <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> freie Unterkunft	<input type="checkbox"/> freie Verpflegung
4.1	Haben Sie nebenstehende Einkünfte?	<input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Unfallrente <input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Bezüge aus einer Tätigkeit im öffentlichen Dienst <input type="checkbox"/> Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz <input type="checkbox"/> Leistungen nach dem Gesetz über die Anerkennung und Versorgung der politisch, rassistisch oder religiös Verfolgten des Nationalsozialismus <input type="checkbox"/> Versorgungsbezüge nach dem Sozialen Entschädigungsrecht, z. B. Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Infektionsschutzgesetz, Häftlingshilfegesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz <input type="checkbox"/> Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch Zahlende Stelle, Geschäftszeichen		
4.2	Haben Sie eine der zu 4.1 genannten Leistungen beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	Bei	
4.3	Erhalten Sie wegen Ihrer Krankheit oder Behinderung Pflegegeld oder andere zweckgleiche Leistungen?	<input type="checkbox"/> Ja ↓ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Pflegezulage <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> Leistungen d. sozialen Pflegeversicherung (§§ 36 ff. SGB XI) <input type="checkbox"/>	€	Zahlende Stelle
4.4	Angaben zum <b>Ehegatten, Lebenspartner/in</b>	<input type="checkbox"/> Mein Ehegatte/Lebenspartner/in ist im öffentlichen Dienst tätig <input type="checkbox"/> Mein Ehegatte/Lebenspartner/in erhält Versorgung aus einer früheren Tätigkeit im öffentlichen Dienst		

4.5		Name und Anschrift des Ehegatten/Lebenspartners/in
		Zahlende Stelle, Aktenzeichen
	Angaben zu anderen Familienangehörigen	<input type="checkbox"/> Ein anderer Familienangehöriger ist im öffentlichen Dienst tätig <input type="checkbox"/> Ein anderer Familienangehöriger erhält Versorgung aus einer früheren Tätigkeit im öffentlichen Dienst
		Name, Anschrift der Angehörigen
		Zahlende Stelle, Geschäftszeichen
5.	Wurde für Sie vom Gericht ein gesetzlicher Vertreter bestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Angaben zu der Person, die den Antrag für den Kranken oder Behinderten stellt	<input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter
	Name, Anschrift und Telefon
Sofern Leistungen aufgrund dieses Antrages nicht gezahlt werden können, soll der Antrag als Antrag auf Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) angesehen werden? (Leistungen nach dem SGB XII sind in der Regel vom Einsatz des Einkommens und Vermögens abhängig).	
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Die vorstehenden Fragen sind nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet. Es ist mir bekannt, dass zu Unrecht gezahlte Leistungen zurückgefordert werden können, wenn Tatsachen wissentlich oder grob fahrlässig falsch angegeben oder verschwiegen worden sind, die für die Zahlung von entscheidender Bedeutung gewesen sind.

Ich bin damit einverstanden, dass die über mich (zu 1.1 bezeichnete Person) geführten Rentenakten, Schwerbehindertenakten, Krankenpapiere, medizinische Gutachten und sonstigen Personal- und Sozialhilfeakten im erforderlichen Umfang zwecks Entscheidung über den Leistungsanspruch eingesehen werden. Ich verpflichte mich, der auf Seite 1 genannten Dienststelle unverzüglich mitzuteilen jede

- a) Änderung des Gesundheitszustandes,
- b) Leistung, die wegen Blindheit, hochgradiger Sehbehinderung oder Gehörlosigkeit nach anderen Rechtsvorschriften von einer anderen Stelle gewährt wird – hierzu gehören auch Beihilfen nach den Beihilfevorschriften –
- c) Aufnahme in Krankenhaus-, Krankenheim-, Anstalts- oder Heimpflege und jede sonstige Wohnsitz- und Aufenthaltsveränderung.

Ich bitte Sie, die mir eventuell zustehenden Leistungen <sup>- 5 -</sup> wie folgt zu zahlen:

durch die Post (Postbarscheck)

auf folgendes Konto

Geldinstitut: (Postbank bzw. Bank)	Konto-Nr.:
	Bankleitzahl
IBAN:	BIC:

Kontoinhaber bin ich selbst.

Kontoinhaber bin nicht ich, sondern:

Name, Vorname	Anschrift
---------------	-----------

Verfügungsberechtigt über das Konto bin nur ich allein.

Verfügungsberechtigt über das Konto sind noch folgende Personen:

Name, Vorname	Anschrift
---------------	-----------

Ich verpflichte mich, zu viel erhaltene Beträge zurückzuzahlen.

Unterschrift des Kontoinhabers/Datum
Unterschrift weiterer verfügungsberechtigter Personen/Datum

Datum	<b>Unterschrift des Antragstellers, gesetzlichen Vertreters oder Bevollmächtigten (Bestellungsurkunde bzw. Vollmacht bitte dem Antrag beifügen)</b>
-------	---

<b>Freiwillige Erklärung:</b> Das Geldinstitut wird von mir – auch mit Wirkung gegenüber den Erben – ermächtigt und beauftragt, zu viel überwiesene Beträge auf Anforderung durch die auf Seite 1 genannte Dienststelle dem Land Berlin zurückzuzahlen, soweit das Guthaben ausreicht. Diese Erklärung kann von mir – aber nicht von den Erben – nur bis zum 3. eines Monats für die darauffolgende Zahlung widerrufen werden.
Unterschrift des Kontoinhabers/Datum
Unterschrift weiterer verfügungsberechtigter Personen/Datum

## **Merkblatt**

zum Antrag auf Pflegegeld nach dem Landespflegegeldgesetz (LPfIGG)

---

Die Erhebung der Daten erfolgt auf der Grundlage folgender Rechtsvorschriften:

- Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) vom 11. Dezember 1975 (BGBl. I S. 3015), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 18. Oktober 2014 (BGBl. I S. 2325) geändert worden ist.
- Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Januar 2001 (BGBl. I S. 130), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 11. August 2014 (BGBl. I S. 1348) geändert worden ist
- Landespflegegeldgesetz (LPfIGG) vom 17. Dezember 2003 (GVBl. S. 606), das zuletzt durch Gesetz vom 19. Juni 2012 (GVBl. S. 188) geändert worden ist.

Gemäß § 60 Abs. 1 S. 1 SGB I hat der Antragsteller von Sozialleistungen alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen.

Die Nichtbeantwortung von Fragen kann zur Folge haben, dass die beantragte Leistung nicht gewährt wird. Die Grenzen der Mitwirkungspflichten sind in § 65 SGB I geregelt.

### **Hinweise zur Pflegeversicherung:**

Unter bestimmten Voraussetzungen ist die Pflegekasse der gesetzlichen Krankenkasse bzw. das Versicherungsunternehmen, bei dem ein privater Versicherungsvertrag abgeschlossen worden ist, zu Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch –SGB XI- (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 17. Juli 2015 (BGBl. I S. 1368) geändert worden ist, verpflichtet. Leistungen bei häuslicher Pflege sind beispielsweise:

- Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI)
- Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI)
- Kombination von Geldleistung und Sachleistung (§ 38 SGB XI)
- Beiträge zur Rentenversicherung der Pflegeperson (§ 44 SGB XI).

Nähere Auskünfte zu diesen Leistungen erhalten Sie bei der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen.

Die Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege, teilstationärer Pflege und Kurzzeitpflege sind teilweise vorrangig. Sie werden daher bei Einstufung in die Pflegestufe I der Pflegeversicherung mit 60 v. H. des entsprechenden Pflegegeldes und bei Einstufung in die Pflegestufen II oder III mit 40 v. H. des Pflegegeldes der Pflegestufe II angerechnet.

**Erläuterungen:**

Die Frage nach ...	ist unter anderem begründet durch/ ist notwendig für
dem Wohnsitz und <b>gewöhnlichen Aufenthalt</b>	§ 1 LPfIGG
dem derzeitigen Aufenthalt	Freiwillige Angabe für den ärztlichen Dienst des Landesamtes für Gesundheit und Soziales Berlin damit im Interesse einer beschleunigten Antragsbearbeitung vergebliche Besuche des Arztes beim Antragsteller vermieden werden.
einen derzeitigen Aufenthalt im Krankenhaus o. Ä. und dem Kostenträger	§ 4 LPfIGG
einem Klinikaufenthalt o. Ä. in den letzten 2 Jahren	die Erstellung eines Gutachtens durch den ärztlichen Dienst des Landesamtes für Gesundheit und Soziales Berlin (Beiziehung von Krankenpapieren)
der Krankenversicherung	§§ 3, 4 LPfIGG
der Pflegeversicherung	§§ 3, 4 LPfIGG
der Ursache der Behinderung	§ 3 LPfIGG, da nach diesen Bestimmungen Ansprüche nach dem LPfIGG gemindert werden oder untergehen können, wenn der Antragsteller bereits gleichartige Leistungen nach anderen Gesetzen erhält
der Anerkennung als Schwerbehinderter	Die Erstellung eines Gutachtens durch den Ärztlichen Dienst des Landesamtes für Gesundheit und Soziales Berlin (Heranziehung der Schwerbehindertenakte)
dem behandelnden Arzt	die Erstellung des Gutachtens durch den ärztlichen Dienst des Landesamtes für Gesundheit und Soziales Berlin (Beiziehung von Krankenpapieren)
der Pflegeperson, dem Umfang der Pflege und dem Entgelt	§ 7 LPfIGG
den Einkünften	§ 3 LPfIGG, da nach diesen Bestimmungen Ansprüche nach dem LPfIGG gemindert werden oder untergehen können, wenn der Antragsteller bereits gleichartige Leistungen nach anderen Gesetzen erhält
dem Pflegegeld bzw. gleichartigen Leistungen	§ 3 LPfIGG
der Zugehörigkeit des Ehegatten oder anderen Familienangehörigen zum öffentlichen Dienst	§§ 3, 4 LPfIGG
einer Betreuung oder Bevollmächtigung	die Feststellung des berechtigten Zahlungsempfängers