



ANTRAG

Ich beantrage die

- Zuerkennung eines Pflegegeldes
- Erhöhung des Pflegegeldes

nach dem Kärntner Pflegegesetz (K-PGG), LGBl. Nr. 76/1993, i. d. g. F. für

A) Angaben zur Person des/der Pflegebedürftigen:

Familien- und
Vorname:

Hauptwohnsitz /
dzt. Aufenthalt:

Telefonnummer:

Familienstand:

Geb. am:

in:

Staat:

Staatsangehörigkeit: Österreicher

Nichtösterreicher *

Staatsangehörigkeit: _____

* Falls gemäß § 3 des Bundesgesetzes über die Gewährung von Asyl, BGBl. 8/1992, i. d. g. F., Asyl
gewährt wurde, bitte einen Nachweis über die Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft beischließen.

Die Reisefähigkeit des/der Pflegebedürftigen zur amtsärztlichen Untersuchung (Begutachtung)

ist gegeben

nicht gegeben

Hausbesuch ist erforderlich, weil

durch (nur auszufüllen, wenn der Antrag von der pflegebedürftigen Person nicht selbst gestellt wurde)

B) Angaben zur Person des/der Antragstellers/in:

Familien- und
Vorname:

Telefonnummer:

Adresse:

Ich bin

Familienangehöriger

Träger einer stationären Einrichtung

gesetzlicher Vertreter

Bevollmächtigter *

Sachwalter *

* bitte eine Kopie der Vertretungsbefugnis beilegen (z.B. Sachwalterschaftsurkunde etc.)

C) Angaben über Einkommensverhältnisse und Unterhaltsansprüche des/der Pflegebedürftigen:

Anzuführen sind alle Einkunftsarten aus selbständiger und unselbständiger Erwerbstätigkeit, weiters alle Ansprüche auf Renten und Pensionen aus der Sozialversicherung, Beamtenpensionen und Versorgungsleistungen nach bundes- oder landesgesetzlichen Vorschriften etc., und zwar sowohl des/der Pflegebedürftigen selbst als auch des unterhaltspflichtigen Ehegatten bzw. der unterhaltspflichtigen Eltern eines selbsterhaltungsunfähigen Behinderten. Beschäftigungsart, Leistungsgrund, auszahlende Stelle, Versicherungsnummer bzw. Aktenzeichen eines Bescheides etc. sind zu berücksichtigen.

Pflegebedürftiger / Einkommen:

Sozialversicherungsnummer:

Pensionsversicherung bei:

Ehegatte:

Name:

Sozialversicherungsnummer:

Pensionsversicherung bei:

Eltern:

(nur auszufüllen bei Kindern und Jugendlichen bzw. falls einmal für den Pflegebedürftigen ein Anspruch auf eine Hinterbliebenenpension entstehen könnte)

Name:

Sozialversicherungsnummer:

Pensionsversicherung bei:

Hat der/die Pflegebedürftige Anspruch auf erhöhte Familienbeihilfe für erheblich behinderte Kinder?

JA NEIN wurde beantragt

D) Angaben zu den konkreten Lebens- und Betreuungsverhältnissen des/der Pflegebedürftigen:

Der/die Pflegebedürftige lebt allein im eigenen Familienverband

Der/die Pflegebedürftige wird zu Hause bzw. außerhalb stationärer oder teilstationärer Einrichtungen betreut/gepflegt durch:

Der/die Pflegebedürftige wird betreut

(bei Zutreffen bitte um nähere Angaben)

in einer Pflegefamilie

in einem Heim/Tagesstätte

Der/die Pflegebedürftige wird gefördert im Rahmen der

(bei Zutreffen bitte um nähere Angaben)

Behindertenhilfe

Jugendwohlfahrt

E) Angaben zur Pflegebedürftigkeit:

Der ständige Betreuungs- und Hilfsbedarf (Pflegebedarf) von voraussichtlich mindestens 6 Monaten Dauer ist bedingt durch eine

körperliche geistige psychische Sehbehinderung.

F) Erklärungen des/der Antragstellers/in:

Der/die Pflegebedürftige

1. hat keinen Anspruch auf Pflegegeld nach dem Bundespflegegeldgesetz, BGBl.Nr. 110/1993, geltende Fassung, und gehört auch nicht zum Personenkreis, der gemäß § 3 Abs. 2 K-PGG vom Bezug eines Landespflegegeldes ausgeschlossen ist;
2. bezieht aus dem Grunde der Pflegebedürftigkeit keine sonstigen Geldleistungen nach anderen innerstaatlichen oder ausländischen Vorschriften (z. B.: Pflegegeld aus dem Ausland) und hat auf Grund anderer Rechtsvorschriften auch keinen Schadensersatzanspruch gegenüber Dritten (§§ 6 und 12 K-PGG).

Allfällige Anmerkungen hiezu:

Der/die Antragsteller/in bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben .

Ort/Datum

(Unterschrift der antragstellenden Partei)

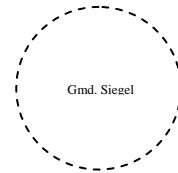
! Der vollständig ausgefüllte Antrag ist beim zuständigen Gemeindeamt/Magistrat – Sozialamt einzubringen !

Nur von der Behörde auszufüllen:

Gemeindeamt/Magistrat – Sozialamt:

Eingangsdatum: _____

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt.
Der Antragsteller wurde über etwaige Rechtsfolgen belehrt.



Ort/Datum

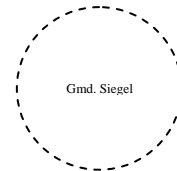
Unterschrift des Verwaltungsorgans

weitergeleitet an:

An die
Bezirkshauptmannschaft/Magistrat – Gesundheitsamt in

zur Beischaffung eines amtsärztlichen Gutachtens und Weiterleitung der Antragsunterlagen an das Amt
der Kärntner Landesregierung - Abteilung 13 - Soziales
zur Entscheidung.

Sonstige Anmerkungen:



Ort/Datum

(Der Bürgermeister)

eingelangt:

Bezirkshauptmannschaft/Magistrat – Gesundheitsamt

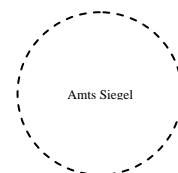
_____ Datum: _____

weitergeleitet an:

An das
Amt der Kärntner Landesregierung
Abteilung 13 – Soziales
Mießtaler Strasse 1, 9020 Klagenfurt am Wörthersee

unter Anschluss des amtsärztlichen Gutachtens zur Entscheidung vorgelegt.

Sonstige Anmerkungen:



Ort/Datum

(Der Bürgermeister / Der Bezirkshauptmann)