Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Bitte füllen Sie den Antrag in DRUCKBUCHSTABEN aus und unterschreiben Sie ihn auf der letzten Seite – vielen Dank.

☐ **Erstantrag** ☐ **Höherstufungsantrag**

☐ **Leistungsänderung ab** _____ (z.B. Wechsel von Pflegegeld zu Kombinationsleistung)

Angaben des/der Pflegebedürftigen

Name:

Vorname:

PLZ: Ort:

Straße: Nr.:

Geburtsdatum: KV-Nummer: Telefon:

Ich habe einen Betreuer	☐ **Nein**	☐ **Ja** (bitte Kopie des Betreuer-Ausweises beifügen)
Ich habe einen Bevollmächtigten	☐ **Nein**	☐ **Ja** (bitte Vollmacht beifügen)

Name:

Vorname:

PLZ: Ort:

Straße: Nr.:

Telefon:

Wenn die Voraussetzungen der Pflegegrade 2 bis 5 vorliegen, beantrage ich folgende Leistungen:

☐ **Pflegesachleistung**
(z.B. durch eine Pflegekraft eines Pflegedienstes)

☐ **Pflegegeld**
(für eine selbstbeschaffte Pflegeperson, z.B. Familienangehörige)

☐ **Kombinationsleistung**
(Pflegesachleistung und Pflegegeld)

☐ **Tages- oder Nachtpflege**
(teilstationäre Pflegeeinrichtung)

☐ **Vollstationäre Pflege**
da eine Pflege im häuslichen Bereich nicht möglich ist

☐ **Vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen**

Die Pflege wird durchgeführt von Ehegatten/Angehörigen/Bekannten	☐ **Nein**	☐ **Ja**
und/oder angestellter Pflegekraft	☐ **Nein**	☐ **Ja**

Name, Vorname, Anschrift der Pflegeperson	Geburtsdatum:	Telefon*:	Krankenkasse
Name, Vorname, Anschrift der Pflegeperson	Geburtsdatum:	Telefon*:	Krankenkasse

Die Pflege wird durchgeführt von einem Pflegedienst/Pflegeheim/Behinderteneinrichtung

Name des Pflegedienstes, des Pflegeheimes bzw. der Behinderteneinrichtung	
Anschrift	Datum seit wann (geplant ab)

Ursache der Pflegebedürftigkeit (wenn nicht aufgrund von Alter/Krankheit)

Arbeitsunfall/Berufskrankheit	☐ Ja
Versorgungsleiden/Kriegsschaden/Wehrdienstschaden	☐ Ja
Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von ausländischen Leistungsträgern	☐ Ja **
Ich erhalte bereits Pflegeleistungen vom Sozialhilfeträger	☐ Ja **
Ich habe Pflegeleistungen bei anderen Leistungsträgern beantragt	☐ Ja **
Name, Anschrift, Aktenzeichen von der zuständigen Stelle:	

** Bitte eine Bescheinigung über die Höhe der Leistungen oder eine Kopie des Bescheides beifügen

Ein Anspruch besteht nach beamtenrechtlichen Vorschriften auf Beihilfe/freie Heilfürsorge, weil

- ich im öffentlichen Dienst (Dienstverhältnis) beschäftigt bin/war.	☐ Ja
- ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten/meines Elternteils erhalte.	☐ Ja
- mein Ehegatte/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war.	☐ Ja
Name, Anschrift der Beihilfestelle:	

Bitte überweisen Sie das beantragte Pflegegeld auf folgendes Konto:

IBAN D E _____ BIC _____

Name des Geldinstituts:	
Name Kontoinhaber/in:	Vorname Kontoinhaber/in:
Straße, Hausnummer Kontoinhaber/in:	PLZ und Ort Kontoinhaber/in:

Vom Wohnort abweichende Aufenthaltsadresse

Die Pflege wird zurzeit nicht in meinem Haushalt, sondern in einem anderen Haushalt durchgeführt:

☐ Nein ☐ Ja, bitte angeben

Name

Vorname

PLZ Ort

Straße Nr.

☐ **Ja, ich erteile den mich behandelnden Ärzten, Therapeuten und Kliniken, mich betreuenden Pflegekräften, Pflegeeinrichtungen und der AOK Hessen die Berechtigung, dem Medizinischen Dienst (MD) Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Erkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit zu erteilen. Diese Erklärung gebe ich freiwillig. Ich kann sie jederzeit widerrufen.**

Datum:	Unterschrift des/der Pflegebedürftigen/Bevollmächtigten/Betreuers/in:

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Bearbeitung Ihres Antrags auf Pflegeleistungen nach §§ 36 - 44 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen. Mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt, beauftragt die Pflegekasse den MD nach § 18 Abs. 1 SGB XI. Liegt ein Beihilfeanspruch vor und sind Rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen vorhanden, werden diese aufgrund § 44 Abs. 5 Satz 1 SGB XI an die Beihilfestelle zur Aufnahme der Beitragszahlung gemeldet. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/hessen/datenschutzrechte.

Die mit * gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. Sie erleichtern uns die Kontaktaufnahme mit Ihnen.