



Antrag

nach dem **Tiroler Pflegegeldgesetz**
 bzw. **Bundespflegegeldgesetz**

- auf Gewährung von Pflegegeld
- auf Erhöhung von Pflegegeld

Eingangsstempel der Behörde

Grund der Antragstellung:

- Pflegebedürftigkeit
- Sehbehinderung

Personenbezogene Bezeichnungen, die nur in männlicher Form angeführt sind,
 beziehen sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

PERSÖNLICHE DATEN DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN PERSON

I.

Zu- und Vorname, Titel:					Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich
Strasse, Nr.:						<input type="checkbox"/> weiblich
PLZ:		Ort:				
Staatsangehörigkeit:			Geburtsort:			
Vers.Nr.:			Geburtsdatum:			
Telefon:			E-Mail:			
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verh.	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> getr. lebend	
	<input type="checkbox"/> Ordensangehörige		<input type="checkbox"/> Priester	<input type="checkbox"/> Weltpriester		

BEI AUSLÄNDISCHEN STAATSBÜRGERN

II.

Aufenthalt in den letzten 5 Jahren vor Antragstellung:

vom	bis	in
vom	bis	in
vom	bis	in

GESETZLICHER VERTRETER / SACHWALTER

JA NEIN

III.

Zu- und Vorname, Titel:				
Strasse, Nr.:				
PLZ:		Ort:		
Bezirksgericht:			Telefon:	
GzI:		Verfahren eingeleitet am:		

ANGABEN ZUR PFLEGE

häusliche Pflege wird
überwiegend durchgeführt
von:

<input type="checkbox"/> Gatte	<input type="checkbox"/> Lebensgefährte	<input type="checkbox"/> Kind/er	<input type="checkbox"/> Schwiegerkind/er
<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Nachbar/Bekannte	<input type="checkbox"/> Enkel	<input type="checkbox"/> Verwandte

Angaben zur Hauptbetreuungsperson:

Zu- und Vorname, Titel:

Strasse, Nr.:

Telefon:

PLZ:

Ort:

Pflege/Betreuung durch:

mobile Dienste (z.B. mobile Hilfe und Betreuung,
Hauskrankenpflege, Essen auf Rädern etc.)

Therapie durch:

ambulante Dienste (z.B. Kindergarten, Hort, Tagesheimstätte,
Tagespflege etc.)

Bezeichnung

PLZ

Ort

Strasse

Pflege wird durch dauernde
Unterbringung in einer
stationären Einrichtung (z.B.
**Alten- und Pflegeheim,
Rehabilitationseinrichtung**)
durchgeführt:

ja

nein

Eintrittsdatum:

Bezeichnung:

PLZ:

Ort:

Strasse, Nr.:

Aufenthalt vor dem Eintritt in die stationäre Einrichtung:

von

bis

in (PLZ, Ort)

Heiminterne
Pflegeeinstufung

nicht bekannt

erh. Betreuung 1

erh. Betreuung 2

Teilpflege 1 (TPFI)

Teilpflege 2 (TPFII)

Vollpflege (VPF)

IV.

ANGABEN ZUM HAUSARZT

Zu- und Vorname, Titel:

Strasse, Nr.:

PLZ:

Ort:

Telefon:

V.

LEBENSUNTERHALT WIRD GEDECKT DURCH GATTE

JA

NEIN

Zu- und Vorname, Titel:

Strasse, Nr.:

PLZ:

Ort:

Vers.Nr.:

Geburtsdatum:

Dienstgeber:

Bei Pensionsbezug – auszahlende Stelle:

VI.

EINKOMMENSVERHÄLTNISSE DES PFLEGEBEDÜRFTIGEN

Landesbeamter
 städtischer Beamter
 Gemeindebeamter
 Beamter der Stadtwerke

Landeslehrer
 Land- und forstwirtschaftlicher Landeslehrer

Rente aus einem EWR-Staat (z.B. BRD, Italien etc.) oder aus einem anderen Land

JA NEIN Wenn JA, aus welchem Staat/Land:

(Rentenbescheid ist dem Antrag in Kopie beizulegen)

VII.

	JA	NEIN	BEANTRAGT	
<input checked="" type="checkbox"/> Pension/Rente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Versorgungsleistung als: <input type="checkbox"/> Rechtsanwalt <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Ziviltechniker/Ingenieur <input type="checkbox"/> Notar
<input checked="" type="checkbox"/> Zusatzpension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> Krankengeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> Sozialhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sonstiges laufendes Einkommen / Erwerbseinkommen

ACHTUNG: Geben Sie hier die auszahlende Stelle(n) bekannt:

- _____
- _____
- _____

SONSTIGE PFLEGEBEZOGENE GELDLEISTUNGEN / SACHLEISTUNGEN

Erhöhungsbetrag zur Familienbeihilfe JA NEIN BEANTRAGT

Rentenleistung nach dem
 Kriegsopferversorgungsgesetz
 Heeresversorgungsgesetzgesetz seitens des Bundessozialamtes
 Impfschadengesetz

VIII.

Versorgungsleistung nach dem Opferfürsorgegesetz

Bundespflegegeld

anderes Landespflegegeld

Pflegebezogene Leistungen nach in-/ausländischen Vorschriften

ACHTUNG: Geben Sie hier die auszahlende Stelle(n) bekannt:

- _____
- _____
- _____

IX.	PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT DURCH UNFALL			<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
	Datum des Unfalls: _____					
	Wurde eine Unfallanzeige erstattet? – aufgrund von Fremdverschulden:				<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	Wenn ja, bei welcher Stelle: _____					
SchadenNr: _____		PolizzenNr: _____				

X.	LEISTUNG(EN) nach dem Tiroler REHABILITATIONSGESETZ		
	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> BEANTRAGT
(Wenn JA - Nähere Angaben unter Punkt IV - Angaben zur Pflege):			

XI.	LEBENSUNTERHALT wird gedeckt durch ELTERN?			<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	VATER:	Vers.Nr.: _____	Geburtsdatum: _____		
	Zu- und Vorname, Titel: _____				
	Strasse, Nr.: _____				
	PLZ: _____		Ort: _____		
	Dienstgeber: _____				
	Bei Pensionsbezug – auszahlende Stelle: _____				
	MUTTER:	Vers.Nr.: _____	Geburtsdatum: _____		
	Zu- und Vorname, Titel: _____				
	Strasse, Nr.: _____				
	PLZ: _____		Ort: _____		
	Dienstgeber: _____				
Bei Pensionsbezug – auszahlende Stelle: _____					

XII.	KRANKENHAUSAUFENTHALT				
	Befinden Sie sich derzeit in einer stationären Einrichtung (Krankenhaus, Sanatorium, Reha-Zentrum etc.)?				
	vom _____	bis _____	in _____		
	vom _____	bis _____	in _____		
	BEHEIZUNG DES WOHNBEREICHES				
	<input checked="" type="checkbox"/> Zentralheizung mit	<input type="checkbox"/> Öl	<input type="checkbox"/> Gas	<input type="checkbox"/> Holz	<input type="checkbox"/> Pelletts
<input type="checkbox"/> Kachelofen uä	<input type="checkbox"/> Zusatzherd	<input type="checkbox"/> Elektroheizung	<input type="checkbox"/> Fernwärme		
<input type="checkbox"/> Herbeischaffung des Heizmaterials (z.B. bei Öl) erfolgt mittels Kanister					

BEMERKUNGEN

Anzeigepflicht: Der Anspruchswerber, der Pflegegeldempfänger, sein gesetzlicher Vertreter und sein Sachwalter, zu dessen Wirkungsbereich die Antragstellung auf Gewährung oder die Empfangnahme von Pflegegeld gehören, sowie der Erbringer der Pflegeleistung haben jede Veränderung in den für die Gewährung des Pflegegeldes maßgebenden Verhältnissen, die die Einstellung, die Herabsetzung, das Ruhen des Pflegegeldes oder eine Anrechnung von Leistungen auf das Pflegegeld bewirken, **binnen 4 Wochen** dem Amt der Tiroler Landesregierung, Abteilung Soziales, Referat Pflegegeld, anzuzeigen.

Meldepflichtig sind z.B.:

- die **Verlegung des Hauptwohnsitzes** oder mangels eines solchen des gewöhnlichen Aufenthaltes von Tirol in ein anderes Bundesland oder ins Ausland spätestens im Zeitpunkt der Verlegung
- Bezug oder Antragstellung einer Pension oder Rente, eines Ruhe- oder Versorgungs-genusses etc. nach bundesrechtlichen Vorschriften
- Bezug von Bundespflegegeld oder anderer pflegebezogener Geldleistungen nach in- oder ausländischen Vorschriften
- **Aufenthalt** in einer **Krankenanstalt** oder **einer stationären Einrichtung** für medizinische Maßnahmen der Rehabilitation, der Gesundheitsvorsorge, zur Festigung der Gesundheit oder der Unfallheilbehandlung im In- oder Ausland
- **Auslandsaufenthalt**
- **Rehabilitationsleistungen**
- bei **Beziehern eines Ausgleiches** insbesondere **die Gewährung einer höheren Pflegestufe**

XIII.

Verwendung des Pflegegeldes: Das Pflegegeld darf nur widmungsgemäß verwendet werden.

Nach § 1 TPGG ist das Pflegegeld ein pauschalierter Beitrag zur Abgeltung pflegebedingter Mehraufwendungen mit dem Zweck, Pflegebedürftigen so weit als möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern sowie ihnen zu helfen, möglichst lange in der gewohnten Umgebung zu bleiben und ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu führen.

Der Entscheidungsträger ist berechtigt, die widmungsgemäße Verwendung des Pflegegeldes zu kontrollieren.

Mitwirkungspflicht: Der Anspruchswerber oder Anspruchsberechtigte sind verpflichtet

- einer schriftlichen Aufforderung zum Erscheinen zu einer ärztlichen Untersuchung nachzukommen,
- sich auf Verlangen einer ärztlichen Untersuchung zu unterziehen,
- die zur Durchführung des Verfahrens erforderlichen Angaben zu machen.

Wenn und solange dieser Mitwirkungspflicht ohne triftigen Grund nicht nachgekommen wird, kann das Pflegegeld nach vorherigem Hinweis auf die Folgen des Verhaltens abgelehnt, herabgesetzt oder eingestellt werden.

Ersatz durch den Empfänger des Pflegegeldes:

Der Pflegegeldempfänger hat das Pflegegeld zu ersetzen, wenn er den Bezug durch bewusst unwahre Angaben, bewusstes Verschweigen wesentlicher Tatsachen oder Verletzung der Anzeigepflicht herbeigeführt hat oder wenn er erkennen musste, dass das Pflegegeld nicht oder nicht in dieser Höhe gebührte.

Ort:

Datum: **19.10.2006**

Unterschrift des/der:

- Pflegebedürftigen
- Sachwalters/gesetzlichen Vertreters
- Pflegeperson/Heimverwaltung

IX.

Beizuschliessende Unterlagen (in Kopie)

- Geburtsurkunde
- Staatsbürgerschaftsnachweis oder Pass/Personalausweis
- Nachweis über den Bezug der erhöhten Familienbeihilfe
- Sachwalterschaftsbeschluss
- Aufenthaltsbewilligung / Visum
- aktueller ärztlicher Befund (wenn vorhanden)