

An das

Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 11A,  
Hofgasse 12, 8010 Graz

**Antrag** nach dem Stmk. Pflegegeldgesetz auf  
 Zuerkennung des Pflegegeldes  
 Erhöhung des Pflegegeldes

Eingangsstempel des Gemeinde-, Markt- o. Stadtamtes

**Für wen wird Pflegegeld beantragt:**

Familien- und Vorname		Familienstand
geb. am	eigene Vers. Nr.	Tel. Nr.
Hauptwohnsitz: Straße/Gasse/Haus Nr./Stiege/Stock/Tür		PLZ Ort
Staatsangehörigkeit	Meldeschein vom	
Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem Heim, Krankenhaus, bei Familienangehörigen usw. geben Sie bitte die genaue Adresse bekannt.		

**Antragsteller:** (die pflegebedürftige Person selbst, ihr gesetzlicher Vertreter oder ihr Sachwalter)

Familien- und Vorname			
PLZ	Ort	Straße/Gasse/Haus Nr./Stiege/Stock/Tür	Tel. Nr.
Ich bin	<input type="radio"/>	die pflegebedürftige Person	
	<input type="radio"/>	der gesetzliche Vertreter	
	<input type="radio"/>	der gerichtlich bestellte Sachwalter *)	(Bitte Bestellsurkunde in Kopie anschließen)

\*) Zutreffendes bitte ankreuzen  
Staatsbürgerschaftsnachweis, Meldezettel, ärztl. Gutachten bitte in Kopie beischließen!

**Die vollständigen Angaben werden von der Gemeinde bestätigt:**

..... (Stempel und Datum)	..... (Unterschrift)
------------------------------	-------------------------

**Die zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen Fragen auf der Rückseite dieses Formulars beantworte ich wahrheitsgemäß.** Ich nehme zur Kenntnis, dass jede mir bekannte Veränderung in den Voraussetzungen für den Pflegegeldbezug, die den Verlust, eine Minderung, das Ruhen des Anspruches (z.B. ab dem 2. Tag eines Krankenhausaufenthaltes oder bei Unterbringung in einer Anstalt auf Kosten eines Sozialhilfeträgers) oder eine Anrechnung auf das Pflegegeld (bei Bezug anderer pflegebezogener Leistungen neben dem Pflegegeld) zur Folge haben, dem Amt der Stmk. Landesregierung binnen vier Wochen zu melden ist.

**Bitte wenden**

**Bitte beantworten Sie folgende Fragen:**

**(Zutreffendes bitte ankreuzen)**

1. Name des behandelnden Arztes (Hausarzt):

..... Tel. Nr.: .....

**Wegen welcher Leiden ist Betreuung und Hilfe erforderlich bzw. hat sich Ihr Pflegebedarf erhöht?**  
(Befunde bzw. Bestätigungen von Ihrem Arzt oder Krankenhaus legen Sie bitte bei – auch in Kopie)

.....

2. Sind Sie gehfähig und im Stande, zu einer ärztlichen Untersuchung zu erscheinen?

- nein  
 ja

3. Werden Sie von einem Pflegedienst oder in einem Heim betreut ?

- nein  
 ja .....
- (Name des Heimes oder des Pflegedienstes)

4. Befinden Sie sich derzeit in einer in- oder ausländischen Krankenanstalt?  
(z.B. Krankenhaus, Spital, Heilstätte, Kurheim)

- nein  
 ja .....

5. Sind Sie durch einen Unfall pflegebedürftig geworden?

- nein  
 ja - Datum des Unfalles .....
- |  |                          |                            |
|--|--------------------------|----------------------------|
| Liegt fremdes Verschulden am Unfall vor? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Handelt es sich um einen Arbeitsunfall?  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Wurde eine Unfallanzeige erstattet?      | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Wenn ja, bei welcher Stelle? .....

6. Beziehen oder beantragten Sie auf Grund Ihres Gesundheitszustandes bereits eine dem Pflegegeld ähnliche in- oder ausländische Leistung (z.B. Pflegezulage, Blindenzulage etc.)?

- nein  
 ja .....
- (Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen)

7. Beziehen oder beantragten Sie erhöhte Familienbeihilfe?

- nein  
 ja

8. Beziehen oder beantragten Sie eine Pension oder Rente, einen Ruhe- oder Versorgungsgenuss, eine Unfallrente (100 %) oder dergleichen?

- nein  
 ja .....
- (Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen)

---

**Zu Unrecht empfangenes Pflegegeld ist zurückzuzahlen.**

.....  
(Ort und Datum)

.....  
(Unterschrift der pflegebedürftigen Person bzw. des gesetzlichen Vertreters oder Sachwalters)