

Ich erhalte folgende **Leistungen der Pflegeversicherung** (SGB XI) bzw. habe **derartige Leistungen beantragt**:
(Bitte den entsprechenden Bescheid in Kopie beifügen.)

Pflegestufe	Leistungsart		
<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> häusliche Pflege (§ 36 SGB XI)	<input type="checkbox"/> stationäre Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)	
<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> Pflegegeld (§ 37 SGB XI)	<input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)	
<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI)	<input type="checkbox"/> Pflege in vollstationärer Einrichtung der Behindertenhilfe (§ 43a SGB XI)	
	<input type="checkbox"/> Tages-/Nachtpflege (§ 41 SGB XI)		

zuständige **Kranken-/Pflegekasse** ist:

Ich erhalte **Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz** (BVG) oder Gesetzen, die das BVG für entsprechend anwendbar erklären (OEG, IfSG, SVG, ZDG u.a.) oder nach dem UntAbschIG oder dem Anti-DHG bzw. habe **derartige Leistungen beantragt**. (Bitte den entsprechenden Bescheid in Kopie beifügen.)

Leistungen nach dem Recht der **gesetzlichen Unfallversicherung** (SGB VII) bzw. habe **derartige Leistungen beantragt**. (Bitte den entsprechenden Bescheid in Kopie beifügen.)

Leistungen anderer Bundesländer nach dortigen Bestimmungen wegen **Blindheit, hochgradiger Sehschwäche, Gehörlosigkeit oder als schwerstbehindertes Kind** bzw. habe **derartige Leistungen beantragt**. (Bitte den entsprechenden Bescheid in Kopie beifügen.)

Name und Anschrift der Leistungsgewährenden Stelle:

Geschäftszeichen:

Ich erhalte **keine der vorgenannten Leistungen** bzw. habe **derartige Leistungen auch nicht beantragt**.

Liegt derzeit eine **ständige Unterbringung** in einem Heim, einer Anstalt oder einer vergleichbaren Einrichtung (Pflegeheim, Altenheim, Rehabilitationseinrichtung o.ä.) vor oder ist **eine solche Unterbringung beabsichtigt**? ja nein

Falls eine Heimunterbringung vorliegt, bitte nachstehende Bestätigung über Heimaufenthalt ausfüllen lassen

Hiermit wird bestätigt, dass bei

Name, Vorname	Geburtsdatum
----------------------	---------------------

eine ständige Unterbringung in einem Heim, einer Anstalt oder einer vergleichbaren Einrichtung (Pflegeheim, Altenheim, Rehabilitationseinrichtung o.ä.) vorliegt oder eine solche Unterbringung beabsichtigt ist

Name/Anschrift der Einrichtung	Art der Einrichtung
---------------------------------------	----------------------------

Die Kosten des Aufenthalts werden	seit/ab	öffentlich-rechtlicher Kostenträger des Aufenthalts:
<input type="checkbox"/> in vollem Umfang		
<input type="checkbox"/> teilweise		
<input type="checkbox"/> nicht		

vom Antragsteller selbst getragen.

Die Pflegeversicherung trägt die Kosten als Leistung zur vollstationären Pflege.

Name/Anschrift der Kostenträgers

Die Einrichtung wird regelmäßig jedes Wochenende für einen Aufenthalt zu Hause verlassen?

ja nein, die Einrichtung wird nie selten Regelmäßig an Tagen pro Monat verlassen.

Die vorstehenden Angaben werden bestätigt.	
--	--

Datum	Stempel und Unterschrift der Einrichtung
-------	--

