



**VERSICHERUNGSANSTALT DES
ÖSTERREICHISCHEN BERGBAUES
LESSINGSTRASSE 20 A-8010 GRAZ**

**BETR.: ANTRAG AUF ZUERKENNUNG BZW.
ERHÖHUNG DES PFLEGEGERDES NACH
DEM BUNDESPFLEGEGERDGESETZ**

Eingangsstampiglie

FÜR

Versicherungsnummer 1)									
Lfd. Nr.					Geb.-Datum				
					Tag	Mon.	Jahr		

1) Falls die Versicherungsnummer nicht bekannt ist, geben Sie bitte Ihr Geburtsdatum an.

Familien- und Vornamen			Familienstand	Pensionsnummer/Aktenzeichen (Nur anzugeben, wenn diese(s) nicht mit der Versicherungsnummer ident ist.)	
Adresse - Straße, Gasse, Platz, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür					
Postleitzahl	Ort		Bezirk	Telefonnummer	
Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem Heim, Krankenhaus, bei Familienangehörigen usw. geben Sie bitte die genaue Adresse bekannt					

DURCH (nur ausfüllen, wenn der Antrag von der pflegebedürftigen Person nicht selbst gestellt werden kann)

Familien- und Vornamen								
Adresse - Straße, Gasse, Platz, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür								
Postleitzahl	Ort		Bezirk	Telefonnummer				
ICH BIN	<input type="checkbox"/>	der gesetzliche Vertreter	<input type="checkbox"/>	der gerichtlich be- stellte Sachwalter ²⁾	<input type="checkbox"/>	der Vormund ²⁾	<input type="checkbox"/>

²⁾ Bitte Bestellurkunde dem Antrag beilegen, wenn die Bestellung dem Versicherungsträger noch nicht angezeigt wurde!

Ich beantrage

Zutreffendes bitte ankreuzen

- die ZUERKENNUNG DES PFLEGEGERDES
- die ERHÖHUNG DES PFLEGEGERDES

Die zur Bearbeitung meines Antrages erforderlichen Fragen beantworte ich wahrheitsgemäß auf der Rückseite dieses Antragsformblattes.

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 Bundeskosten) oder eine Anrechnung auf das Pflegegeld (bei Bezug anderer pflegebezogener Leistungen neben dem Pflegegeld) zur Folge haben, der auszahlenden Stelle binnen vier Wochen zu melden ist.

Datum

Unterschrift

DVR: 0024236

Auskunft und Beratung:

Bitte wenden!

Wir bitten Sie, unsere Abteilung und die Versicherungsnummer (VSNR) bei jedem Schriftwechsel anzuführen und Ihr Schreiben nicht namentlich an einen unserer Mitarbeiter zu richten.

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

Bei neuerlicher Antragstellung vor Ablauf eines Jahres nach der letzten rechtsgültigen Entscheidung ist jedenfalls ein ärztliches Attest vorzulegen.

2. **Sind Sie gehfähig und imstande zu einer ärztlichen Untersuchung zu erscheinen?**

- ja
 nein

3. **Befinden oder befanden Sie sich innerhalb der letzten drei Monate vor der Antragstellung in einer in- oder ausländischen Krankenanstalt (z.B. Krankenhaus, Spital, Heilstätte, Kurheim)?**

- nein
 ja

(Krankenanstalt, Aufenthalt von - bis, Kostenträger)

Sollten Sie über den Anstaltsaufenthalt Unterlagen besitzen, senden Sie diese bitte mit.

4. **Sind Sie durch einen Unfall pflegebedürftig geworden?**

- nein
 ja - Datum des Unfalls: _____

Liegt fremdes Verschulden am Unfall vor? ja nein

Handelt es sich um einen Arbeitsunfall? ja nein

Wurde eine Unfallanzeige erstattet? ja nein

Wenn ja, bei welcher Stelle? _____

5. **Beziehen oder beantragten Sie aufgrund Ihres Gesundheitszustandes bereits eine dem Bundespflegegeld ähnliche in- oder ausländische Leistung (z.B. Landespflegegeld, Pflegezulage, Blindenzulage)?**

- nein
 ja

(Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen)

6. **Beziehen oder beantragten Sie aufgrund Ihres Gesundheitszustandes erhöhte Familienbeihilfe?**

- nein
 ja

(auszahlende Stelle, Aktenzeichen)

7. **Beziehen oder beantragten Sie noch eine weitere Pension oder Rente, einen Ruhe- oder Versorgungsgenuß und dergleichen?**

- nein
 ja

(Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen)

Beilage(n):