

<input type="checkbox"/> Ich erhalte folgende Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) bzw. habe derartige Leistungen beantragt : (Bitte den entsprechenden Bescheid in Kopie beifügen.)		
Pflegegrad	Leistungsart	
<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> häusliche Pflege (§ 36 SGB XI)	<input type="checkbox"/> stationäre Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)
<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> Pflegegeld (§ 37 SGB XI)	<input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)
<input type="checkbox"/> IV o. V	<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:		

<input type="checkbox"/> 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 UntAbschlG oder dem Anti-DHG bzw. habe derartige Leistungen beantragt . (Bitte den entsprechenden Bescheid in Kopie beifügen.)	
<input type="checkbox"/> Leistungen nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung (SGB VII) bzw. habe derartige Leistungen beantragt . (Bitte den entsprechenden Bescheid in Kopie beifügen.)	
<input type="checkbox"/> 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:	

<input type="checkbox"/> 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 ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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.		
<input type="checkbox"/> 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?		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, die Einrichtung wird	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> Regelmäßig an <input style="width: 50px;" type="text"/> Tagen pro Monat verlassen.
Die vorstehenden Angaben werden bestätigt.		
Datum	Stempel und Unterschrift der Einrichtung	

