



┌ Eingelangt am: ┐

Antrag auf

- AUSZAHLUNG DES PFLEGEGERDES**
- FORTSETZUNG DES VERFAHRENS ZUR**
 - ZUERKENNUNG DES PFLEGEGERDES**
 - ERHÖHUNG DES PFLEGEGERDES**
 - WEITERGEWÄHRUNG NACH BEFRISTETEM PFLEGEGERDBEZUG**

nach dem (der) verstorbenen Pensionsbezieher(in) ab

1. PERSONALDATEN DES / DER VERSTORBENEN VERSICHERTEN (in Blockschrift)

Bitte unbedingt ausfüllen	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

Familienname / Nachname: Vorname:

Titel: Todestag:

Letzter Wohnort:
Straße, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür Postleitzahl

Ort Bundesland Land

2. ANGABEN ZUM (ZUR) ANTRAGSTELLER(IN) (in Blockschrift)

Familienname / Nachname: Vorname:

Titel: /
Versicherungsnummer und Geburtsdatum

Geschlecht: weiblich männlich

Adresse:
Straße, Gasse, Platz Hausnr., Stiege, Tür Postleitzahl

Ort Bundesland Land

Telefonisch erreichbar unter (mit Vorwahl)

E-Mail



Gemäß den Bestimmungen des § 19 Bundespflegegeldgesetz (BPGG) sind zur Empfangnahme fälliger Beträge an Pflegegeld bzw. zur Fortsetzung des Verfahrens folgende Personen berechtigt:

- Jene Person, welche die (den) Pflegebedürftige(n) **überwiegend** und **ohne angemessene Bezahlung** selbst gepflegt hat oder
- jene Person, welche für die Pflege der (des) Pflegebedürftigen **überwiegend aufgekommen** ist.

Liegt ein Überwiegen nicht vor, besteht die Bezugsberechtigung zu gleichen Teilen.

Damit wir Ihre Bezugsberechtigung feststellen können, bitten wir Sie die folgenden Fragen zu beantworten (Zutreffendes bitte ankreuzen):

**WAHRHEITSGEMÄSSE ERKLÄRUNG
bezüglich Bezugsberechtigung und Fortsetzung des Verfahrens
gemäß § 19 des Bundespflegegeldgesetzes (BPGG)**

1. Haben Sie die (den) Pflegebedürftige(n) in dem Zeitraum, für den die fällige Geldleistung gebührt, **ÜBERWIEGEND** und **OHNE ANGEMESSENES ENTGELT** gepflegt? ja nein
2. Haben Sie für die (den) Pflegebedürftige(n) in dem Zeitraum, für den die fällige Geldleistung gebührt, **ÜBERWIEGEND** die Verpflegskosten gezahlt? ja nein

Liegt ein ÜBERWIEGEN im Sinne der Fragen 1 oder 2 NICHT vor, teilen Sie uns bitte Namen, Anschrift und Naheverhältnis der weiteren Person(en) mit:

.....
.....

3. Haben Sie mit der (dem) Pflegebedürftigen im gemeinsamen Haushalt gelebt? (Bestätigung über die Hausgemeinschaft beilegen) ja nein
4. In welchem Naheverhältnis standen Sie zu der (dem) Verstorbenen?
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ehegattin, Ehegatte | <input type="checkbox"/> Schwiegertochter, Schwiegersohn |
| <input type="checkbox"/> eingetragene Partnerin, eingetragener Partner | <input type="checkbox"/> Schwester, Bruder |
| <input type="checkbox"/> Lebensgefährtin, Lebensgefährte | <input type="checkbox"/> andere Personen (Enkelkinder, benachbarte Personen etc.) |
| <input type="checkbox"/> Tochter, Sohn | |

.....

3. ANWEISUNG

Die Anweisung auf ein Konto

- wird gewünscht

Konto bei: lautend auf:
(Name des Geldinstitutes) (Name des Kontoinhabers / der Kontoinhaberin)

IBAN: BIC:
(internationale Kontonummer) (internationale Bankleitzahl)

- wird nicht gewünscht. **Barzahlung wird ausdrücklich beantragt.**

Ich erkläre, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe und verpflichte mich, zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.

Beilagen:

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift der antragstellenden Person

