

Empfänger:  
Stadtverwaltung Cottbus  
Fachbereich Soziales  
Thiemstraße 37  
03050 Cottbus

Eingangsdatum:

Aktenzeichen:

## **Antrag auf die Gewährung von Pflegegeld für blinde Menschen nach dem Landespflegegeldgesetz des Landes Brandenburg (LPfIGG)**

Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Bitte beachten Sie die Erläuterungen der beigefügten Hinweise und vergessen Sie nicht, den Antrag zu unterschreiben. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs.1 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I).

Name:

Geburtsdatum:

Vorname:

Geburtsort:

Anschrift:

Telefon:

Sind Sie im Besitz eines  
Schwerbehindertenausweises?

ja

nein

Aktenzeichen

(Bitte Kopie des Bescheides und Ausweise beifügen)

Wenn ja, wurde Ihnen das  
Merkzeichen "Bl" zuerkannt?

ja

nein

am:

Wenn nein, wurde ein Antrag beim  
Amt für Soziales und Versorgung auf  
Anerkennung des Merkzeichens "Bl"  
gestellt?

ja

nein

am:

Angaben zu Leistungen nach dem  
Pflegeversicherungsgesetz

Name und Anschrift der Pflegekasse:

Haben Sie bei Ihrer Pflegekasse  
einen Antrag auf Leistungen der  
häuslichen Pflege gestellt?

ja

nein

am:

Wenn ja, sind Sie bereits im Besitz eines Bewilligungs- bzw. Ablehnungsbescheides?  ja  nein  
(Bitte Kopie des Bescheides beifügen.)

Beabsichtigen Sie, bei Ihrer Pflegekasse einen Antrag auf Leistungen der häuslichen Pflege zu stellen?  ja  nein

Beziehen Sie noch anderweitige Blindengeld oder Pflegegeld?  ja  nein  
(Bitte Kopie des Bescheides beifügen.)

Beziehen Sie eine Kriegshinterbliebenenversorgung?  ja  nein  
(Bitte Kopie des Bescheides beifügen.)

Das Pflegegeld für blinde Menschen nach dem Landespflegegeldgesetz des Landes Brandenburg soll an folgende Bankverbindung:

Kontoinhaber:  
IBAN: DE

überwiesen werden.

### **Hinweise, datenschutzrechtlicher Hinweis und Erklärung:**

Sämtliche Angaben sollen durch entsprechende Nachweise belegt werden. Originalbelege erhalten Sie nach Gebrauch zurück.

Die Angaben werden aufgrund der §§ 60 – 65 SGB I erhoben. Sie werden zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen nach dem LPfIGG benötigt. Werden keine, unvollständige oder nicht alle erforderlichen Angaben gemacht, kann die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§§ 66 ff SGB I). Personenbezogene Daten werden im gesetzlich zulässigen Rahmen gespeichert und verarbeitet. Sie können in anonymisierter Form auch für statistische Zwecke verwendet werden.

Ich versichere die Wahrheit und Vollständigkeit meiner Angaben, auch soweit sie auf besonderen Blättern/ Anlagen zu diesem Antrag gemacht wurden. Mir ist bekannt, dass ich mich wegen unrichtiger oder unvollständiger Angaben strafbar mache (§ 263 Strafgesetzbuch – Betrug) und zu Unrecht erlangte Leistungen erstatten muss.

Die Vorschriften über die Mitwirkungspflicht bei der Feststellung der Sozialleistungen (§§ 60 – 67 SGB I) wurden mir ausgehändigt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Antragstellers, des  
Betreuers bzw. Bevollmächtigten:  
(Kopie des Betreuerausweises bzw. der Vollmacht beifügen)