



# PENSIONSVERSICHERUNGSANSTALT

Hauptstelle Wien

Friedrich-Hillegeist-Straße 1

A-1021 Wien

WWW.PENSIONSVERSICHERUNG.AT

Telefon: 05 03 03

Telefax: 05 03 03-288 50

Ausland: +43 / 503 03

PVA@PVA.SOZVERS.AT



**BETR.: ANTRAG AUF ZUERKENNUNG BZW.  
ERHÖHUNG DES PFLEGESELDES NACH  
DEM BUNDESPFLEGESELDEGESETZ**

Eingelangt am:

**FÜR**

<b>Bitte unbedingt ausfüllen <sup>1)</sup></b>	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

1) Falls die Versicherungsnummer nicht bekannt ist, geben Sie bitte Ihr Geburtsdatum in der Form TT MM JJ an.

Familien- und Vorname		Familienstand	Pensionsnummer/Aktenzeichen
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 Vorname			
Adresse - Straße, Gasse, Platz, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür			
Postleitzahl	Ort	Bezirk	Telefonnummer
<b>ICH BIN</b>	<input type="checkbox"/> der gesetzliche Vertreter	<input type="checkbox"/> der gerichtlich bestellte Sachwalter <sup>2)</sup>	<input type="checkbox"/> der Vormund <sup>2)</sup> <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 PFLEGESELDES**  
 **die ERHÖHUNG DES PFLEGESELDES**

Die zur Bearbeitung des 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

**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 im Stande 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: ..... und  
 Unfallhergang (stichwortartig):

.....

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 auf Grund 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 auf Grund 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):