

**Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
Pensionservice
Barichgasse 38
1031 Wien**

DVR: 0024155

**ERHEBUNGSBLATT BETREFFEND PFLEGEgeld NACH DEM
BUNDESPFLEGEgeldGESETZ FÜR**

Familien- und Vorname			Versicherungsnummer	
Adresse (Straße, Gasse, Platz, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür)			E-Mail-Adresse	
Postleitzahl	Ort	Bezirk	Telefonnummer	
<u>Anderer Aufenthalt in den nächsten Monaten</u> (Adresse, Postleitzahl, Ort, Bezirk, Telefonnummer)				

AUSGEFÜLLT VON (nur auszufüllen, wenn die pflegebedürftige Person das Erhebungsblatt nicht selbst ausfüllt)

Familien- und Vorname				
Adresse (Straße, Gasse, Platz, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür)			E-Mail-Adresse	
Postleitzahl	Ort		Telefonnummer	
ICH BIN	<input type="checkbox"/> der/die Sachwalter/in bzw. der/die Obsorgeberechtigte 1)	<input type="checkbox"/> der/die gesetzliche Vertreter/in des/der pflegebedürftigen <u>Minderjährigen</u>	<input type="checkbox"/> ein Familienmitglied bzw. ein/e Haushaltsangehörige/r	<input type="checkbox"/>

1) Bitte Gerichtsbeschluss dem Erhebungsblatt beilegen, wenn
dieser dem BVA-Pensionservice noch nicht vorgelegt wurde.

Zutreffendes bitte ankreuzen

Die zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen **Fragen** beantworte ich wahrheitsgemäß auf **Seite 2** dieses Erhebungsblattes.

Das diesem Erhebungsblatt beiliegende **INFORMATIONSLATT zum Pflegegeld** nehme ich zur Kenntnis.

Ich bin damit einverstanden, dass **zu Unrecht empfangene Leistungen** durch Aufrechnung gegen gebührende Pflegegelder oder durch Abzug von der Pension hereingebracht werden beziehungsweise von mir zurückzuzahlen sind.

Datum
möglich)

Eigenhändige **Unterschrift** der pflegebedürftigen Person (wenn

oder des/der oben bezeichneten Ausfüller/s/in
(Vollmachtsurkunde für bevollmächtigte/n Vertreter/in beilegen!)

Bitte Seite 2 ausfüllen!

Tel. Auskunft und Beratung: 0504051
(aus ganz Österreich zum günstigen Tarif
der Lokal- bzw. 50-km-Zone)

Wir bitten Sie, die **Versicherungsnummer** (VSNR) bei jedem
Schriftwechsel **anzuführen** und Ihr Schreiben nicht
namentlich an eine/n unserer Mitarbeiter/innen zu richten.

1. Wegen welcher Leiden ist Betreuung und Hilfe erforderlich bzw. hat sich Ihr Pflegebedarf erhöht?

(Eventuell vorhandene Befunde von Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin oder Krankenhaus legen Sie bitte bei – auch in Kopie.)

–

–

2. Befinden Sie sich derzeit in einer in- oder ausländischen Krankenanstalt (z.B. Krankenhaus, Spital, Heilstätte, Kurheim)?

[] nein

[] ja _____

*(Krankenanstalt, Kostenträger/in, **seit wann?**)*

Bitte jede Aufnahme in eine Krankenanstalt während des Verfahrens melden!

3. Sind Sie durch einen Unfall (ein sonstiges Ereignis) pflegebedürftig geworden?

[] nein

[] ja – Datum des Unfalls (des Ereignisses): _____

Liegt fremdes Verschulden vor? [] ja [] nein

Handelt es sich um einen Arbeitsunfall? [] ja [] nein

Wird/Wurde Schadenersatz gefordert/geleistet? [] ja [] nein

Wenn ja, von welcher Stelle? _____

4. Beziehen oder beantragten Sie auf Grund Ihres Gesundheitszustandes bereits eine dem Pflegegeld ähnliche in- oder ausländische Leistung (z.B. Pflegezulage, Blindenzulage)?

[] nein

[] ja _____

(Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen)

5. Beziehen oder beantragten Sie auf Grund Ihres Gesundheitszustandes erhöhte Familienbeihilfe?

[] nein

[] ja _____

(auszahlende Stelle, Aktenzeichen)

6. Beziehen oder beantragten Sie noch eine weitere Pension oder Rente, einen Ruhe- oder Versorgungsgenuss und dergleichen?

[] nein

[] ja _____

(Art der Leistung, auszahlende Stelle, Aktenzeichen)

7. Sind Sie in Deutschland krankenversichert?

[] nein

[] ja _____

(zuständiger Krankenversicherungsträger mit Anschrift, Aktenzeichen)

Beilage(n):