

Zur Information: Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt zur Leistungsgewährung nach §§ 36 ff. SGB XI. Die BARMER speichert diese für 6 Jahre und löscht sie anschließend. Sie haben, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung oder Einschränkung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.

# BARMER



## Pflegekasse

**BARMER**  
73524 Schwäbisch Gmünd

### Absender

---

---

---

Ihr Schreiben vom \_\_\_\_\_

Ihre Zeichen \_\_\_\_\_

## Antrag auf Höherstufung oder Umstellung der Pflegeleistungen

– Bitte füllen Sie den Antrag in Druckbuchstaben aus! –

Es haben/werden sich Änderungen in meiner pflegerischen Versorgung ergeben. Ich beantrage daher

### eine Höherstufung ► Punkte 6 - 8

Ich beantrage eine Höherstufung. Meine Selbstständigkeit ist seit der letzten Begutachtung im pflegerischen Alltag geringer geworden.

**die Umstellung auf folgende Leistungen, ab dem**  
(Mehrfachnennungen/Leistungskombinationen möglich):

Datum (TT.MM.JJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Pflegegeld ► Punkte 1 und 5 - 8

Monatliche Zahlung an die pflegebedürftige Person zur Unterstützung der privaten Pflege durch z. B. Familienangehörige.

### Pflegesachleistung ► Punkte 2 und 5 - 8

Pflege zu Hause durch ambulante Pflegedienste. Die Abrechnung erfolgt zwischen Pflegedienst und Pflegekasse.

### Übertragung von Ansprüchen aus den Pflegesachleistungen ► Punkte 3 und 5 - 8

Zur Inanspruchnahme von Entlastungsleistungen.

### Tages-/Nachtpflege ► Punkte 4 - 8

Stundenweise Versorgung tagsüber oder nachts in einer teilstationären Pflegeeinrichtung. Die Abrechnung erfolgt zwischen der Einrichtung und der Pflegekasse.

### Vollstationäre Pflege in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen ► Punkte 4 - 8

Unterbringung in einer besonderen Einrichtung entweder vollständig oder nur wochentags.

oder ausschließlich

### Vollstationäre Pflege ► Punkte 4 - 8

Vollständige Unterbringung und Versorgung in einem Pflegeheim.

– weiter auf Seite 2 –

Name

Ihr Zeichen

**Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!**

**1 Pflegegeld** ► Bitte geben Sie hier Ihre private Pflegeperson an!

Pflegeperson:

Vorname

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Straße

Nr.

\_\_\_\_\_

PLZ

Ort

\_\_\_\_\_

Telefonnummer der Pflegeperson (freiwillige Angabe mit Einwilligung der Pflegeperson)

\_\_\_\_\_

**2 Pflegesachleistung**

Folgenden Pflegedienst habe ich beauftragt bzw. werde ich beauftragen:

Name, Anschrift und Rufnummer des Pflegedienstes

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Neben dem Pflegedienst** werde ich zusätzlich durch eine private Pflegeperson (z. B. Lebenspartner, Angehörige, Freunde, Nachbarn) versorgt:

nein    ja    ► **Bei ja: Bitte füllen Sie unbedingt die Felder unter dem Punkt 1 Pflegegeld zu Ihrer privaten Pflegeperson aus.**

**3 Übertragung von Ansprüchen aus den Pflegesachleistungen**

Wenn Sie zu Hause gepflegt werden, erhalten Sie ganz automatisch mit Ihrem Pflegegrad ein monatliches Budget von € 125,00 für sogenannte Entlastungsangebote. Dieses Budget können Sie erhöhen, indem Sie bis zu 40 % Ihrer Ansprüche auf Pflegesachleistungen auf Entlastungsangebote übertragen. Dadurch vermindert sich Ihr Anspruch auf Pflegesachleistung oder auf das (anteilige) Pflegegeld entsprechend. Die übertragenen Leistungen können Sie für die nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag (z. B. Demenzcafé, Betreuungsnachmittage) nutzen. Bitte teilen Sie uns hier mit, ob Sie von der Übertragung Gebrauch machen möchten.

nein    ja



