



Absender

BARMER  
73524 Schwäbisch Gmünd  
GERMANY

Ihr Schreiben vom  
Ihr Zeichen

### Antrag auf Höherstufung oder Umstellung der Pflegeleistungen

- Bitte füllen Sie den Antrag in Druckbuchstaben aus! -

Mein Hilfebedarf hat sich seit der letzten Begutachtung erhöht. Ich beantrage daher

**eine Höherstufung**

- bei aktuell Pflegegrad 1** ▶ Bitte Punkte 1 und/oder 2 und 5 - 8 ausfüllen.  
**bei aktuell Pflegegrad 2 - 4** ▶ Bitte Punkte 6 - 8 ausfüllen.

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

**die Umstellung auf folgende Leistungen, ab dem**

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|  
Datum (TT.MM.JJJJ)

(Mehrfachnennungen/Leistungskombinationen möglich):

**Pflegegeld** ▶ Bitte Punkte 1 und 5 - 8 ausfüllen.

Monatliche Zahlung an die pflegebedürftige Person zur Unterstützung der privaten Pflege zum Beispiel durch Familienangehörige.

**Pflegesachleistung** ▶ Bitte Punkte 2 und 5 - 8 ausfüllen.

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

**Übertragung von Ansprüchen aus den Pflegesachleistungen** ▶ Bitte Punkte 3 und 5 - 8 ausfüllen.

Wenn Sie weniger Sachleistungen und dafür besondere Entlastungsleistungen nutzen möchten.

**Tages-/Nachtpflege** ▶ Bitte Punkte 4 - 8 ausfüllen.

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** ▶ Bitte Punkte 4 - 8 ausfüllen.

Unterbringung in einer besonderen Einrichtung entweder vollständig oder nur wochentags, oder ausschließlich

**Vollstationäre Pflege** ▶ Bitte Punkte 4 - 8 ausfüllen.

Vollständige Unterbringung und Versorgung in einem Pflegeheim.

- weiter auf Seite 2 -

Bitte Unterlagen lose und nicht geklammert oder geheftet zurück schicken.

Name

Ihr Zeichen

**- Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen! -**

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

#### Pflegeperson:

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) \*)

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße

Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer der Pflegeperson \*)

\*) freiwillige Angabe mit Einverständnis 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 (zum Beispiel 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 € 131,00 für Entlastungsangebote. Dieses Budget können Sie erhöhen, indem Sie bis zu 40 Prozent 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 Ihre Leistungen übertragen möchten.

nein  ja

- weiter auf Seite 3 -



Name

Ihr Zeichen

**- Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen! -**

### 6 Bevollmächtigung oder Betreuung

Für mich ist ein(e) amtliche(r) Betreuer(in) bestellt.  nein  ja

Ich habe eine(n) Bevollmächtigte(n).  nein  ja

\_\_\_\_\_

Vorname der/des Betreuerin/Betreuers oder Bevollmächtigten

\_\_\_\_\_

Name der/des Betreuerin/Betreuers oder Bevollmächtigten

\_\_\_\_\_

Straße

Nr.

\_\_\_\_\_

PLZ

Ort

\_\_\_\_\_

Telefonnummer der/des Betreuerin/Betreuers oder Bevollmächtigten (freiwillige Angabe)

**Bitte schicken Sie uns mit diesem Antrag eine Kopie der Betreuungsurkunde/Vollmacht.**

---

### 7 Beratung

Ich wünsche eine Beratung durch die BARMER. Sie können mich tagsüber unter der unten angegebenen Telefonnummer erreichen.

---

### 8 Unterschrift

Datum/Unterschrift der/des Versicherten bzw. der/des Bevollmächtigten  
(Entfällt bei Rückgabe über das Postfach in Meine BARMER)

Telefonnummer für Rückfragen der BARMER oder des MD  
(Angabe ist freiwillig)

---

Mit dieser Unterschrift beantragen Sie die Pflegeleistungen.