An
Bayerisches Landesamt für Pflege
Landespflegegeld – Sachbearbeitung
Postfach 1365
92203 Amberg

Gesamtformular Änderungen/Mitteilungen Bayerisches Landespflegegeld

Bitte bei Änderungen/Mitteilungen ausfüllen und unterschrieben an die oben genannte Adresse schicken.

Mitteilung/Nachreichung zum Geschäftszeichen

Das Geschäftszeichen befindet sich jeweils in der Betreffzeile der Schreiben.
Haben Sie noch keine Nachricht von uns erhalten, lassen Sie dieses Feld bitte leer.

Persönliche Daten der anspruchsberechtigten Person

Zwingend ausfüllen

Anrede ☐ Herr ☐ Frau ☐ keine Angabe

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Änderung Name

Ausfüllen, wenn zutreffend

Vorname (neu)

Nachname (neu)

Hinweis(e):
Bitte legen Sie einen **Nachweis über die Namensänderung** bei, z.B. Heiratsurkunde, Adoptionsurkunde etc.

Änderung Anschrift

Ausfüllen, wenn zutreffend

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Adresszusatz

Land

Ummeldedatum (TT/MM/JJ)

Hinweis(e):
Bitte beachten Sie, dass die neue **melderechtliche Adresse** angegeben werden muss.

Änderung Herabstufung/Wegfall Pflegegrad

Ausfüllen, wenn zutreffend

Pflegegradänderung Gültig ab ☐☐☐☐☐☐ (TT/MM/JJ)

Neuer Pflegegrad Pflegegrad 1 ☐ Kein Pflegegrad mehr ☐

Hinweis(e):
Bitte legen Sie das Schreiben der **Pflegekasse** bei, in dem die Pflegegradänderung dokumentiert ist.

Änderung Bankverbindung

Ausfüllen, wenn zutreffend

Kontoinhaber/in (neu)

IBAN (neu)

BIC (neu)

Gültig ab

Unterschrift Kontoinhaber/in (neu) x

Hinweis(e):
Die/der Kontoinhaber/in erklärt mit ihrer/seiner Unterschrift, dass das kontoführende Geldinstitut beauftragt ist, überzahlte Beträge an das Bayerische Landesamt für Pflege zurück zu überweisen. Dieser Auftrag kann nicht widerrufen werden.

Änderung Vertretungsregelung/Abweichende/r Antragsteller/in

Ausfüllen, wenn zutreffend

Die/der neue „abweichende Antragsteller/in“ ist (Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ Betreuer/in
☐ Bevollmächtigte/r
☐ Gesetzliche/r Vertreter/in

Anrede ☐ Herr ☐ Frau ☐ keine Angabe

Vorname

Nachname

Straße, Hausnummer

Adresszusatz

PLZ, Wohnort

Land

Telefonnummer

E-Mail

☐☐☐☐☐☐ Datum (TT/MM/JJ)

x Unterschrift/en Anspruchsberechtigte/r bzw. Betreuer/in/innen, Bevollmächtigte/r, gesetzl. Vertreter/in/innen

Hinweis(e):
Die/der abweichende Antragsteller/in regelt in Ihrem Auftrag Ihre Angelegenheiten mit dem Landesamt für Pflege und ist / wird unser/e Ansprechpartner/in.

Für **Betreuer/innen:**
Bitte legen Sie Ihren **Betreuerausweis mit Vermögenssorge** bei.

Für **Bevollmächtigte:**
Bitte legen Sie eine **Vollmacht** bei, die die **Vermögenssorge** umfasst. **Dieses Formular gilt NICHT als Vollmacht.**

Für **gesetzliche Vertreter/innen:**
Bitte beachten Sie, dass bei einem gemeinsamen Sorgerecht das Änderungsformular **von beiden Erziehungsberechtigten** zu unterschreiben ist.

Bitte beachten Sie: Dieses Formular sowie Einzelformulare finden Sie unter www.lfp.bayern.de/landespflegegeld zum Download. Alternativ können Sie unter www.bestellen.bayern.de ausgedruckte Formulare ordern und sich diese kostenfrei und bequem nach Hause schicken lassen.