



An
Bayerisches Landesamt für Pflege
Postfach 1365
92203 Amberg

Änderungsformular Bayerisches Landespflegegeld

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

Änderungsmitteilung zu Geschäftszeichen

Sie finden das Geschäftszeichen auf dem Bescheid in der Betreffzeile.
Bitte lassen Sie dieses Feld leer, wenn Sie das Geschäftszeichen nicht kennen.

Persönliche Daten der anspruchsberechtigten Person

Zwingend ausfüllen

Anrede Herr Frau keine Angabe

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Änderung „Herabstufung/Wegfall Pflegegrad“

Ausfüllen, wenn zutreffend

Pflegegradänderung Gültig ab (TT/MM/JJ)

Neuer Pflegegrad Pflegegrad 1 Kein Pflegegrad mehr

Versterben Die/der Anspruchsberechtigte ist
am verstorben.
(TT/MM/JJ)

Hinweis(e):
Bitte legen Sie das
Schreiben der
Pflegkasse bei,
in dem die Pflege-
gradänderung
dokumentiert ist.

Datum (TT/MM/JJ)

X

Unterschrift Anspruchsberechtigte/r bzw. Betreuer/in,
Bevollmächtigte/r, gesetzliche/r Vertreter/in

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.