

Antrag auf 18 kostenlose Pflegesäcke

An die Gemeinde



Landkreis Eichstätt

Antragsteller:

| | |
|-----------------|--|
| Name, Vorname | |
| Straße, Hausnr. | |
| PLZ, Ort | |
| Telefon | |

Für die pflegebedürftige Person:

| | |
|-----------------|--|
| Name, Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Straße, Hausnr. | |
| PLZ, Ort | |

werden für das Jahr _____ achtzehn kostenlose Pflegesäcke beantragt.

Folgende Anspruchsvoraussetzungen liegen vor:

Die Pflege erfolgt zu Hause

und

die pflegebedürftige Person erhält Leistungen nach dem Pflegegrad 4 oder 5
(bitte Nachweis der Pflegekasse in Kopie beilegen)

oder

die pflegebedürftige Person erhält Leistungen nach dem Pflegegrad 2 oder 3
und verfügt über eine Bestätigung des behandelnden Arztes bzw. Pflegedienstes über Inkontinenz (bitte Nachweis der Pflegekasse und Bescheinigung über Inkontinenz beilegen bzw. auf Seite 2 bestätigen lassen)

Ort, Datum

Unterschrift

Im Falle des Pflegegrades 2 oder 3:

**Bestätigung des behandelnden Arztes bzw. des
behandelnden Pflegedienstes:**

Hiermit wird bestätigt, dass Frau / Herr _____
unter Inkontinenz leidet.

Ggf. Ergänzungen / Anmerkungen

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel
des Arztes bzw. des Pflegedienstes