

Gemäß den Bestimmungen des § 19 Bundespflegegeldgesetz (BPGG) sind zur Empfangnahme fälliger Beträge an Pflegegeld bzw. zur Fortsetzung des Verfahrens folgende Personen berechtigt:

- Die Person, die den (die) Pflegebedürftige(n) **überwiegend** und **ohne** angemessene **Bezahlung** selbst gepflegt hat oder
- die Person, die für die Pflege des (der) Pflegebedürftigen **überwiegend aufgekommen** ist.

Liegt ein Überwiegen nicht vor, besteht die Bezugsberechtigung zu gleichen Teilen

Damit wir Ihre Bezugsberechtigung feststellen können, bitten wir Sie die folgenden Fragen zu beantworten (Zutreffendes bitte ankreuzen):

**WAHRHEITSGEMÄSSE ERKLÄRUNG
bezüglich Bezugsberechtigung und Fortsetzung des Verfahrens
gemäß § 19 des Bundespflegegeldgesetzes (BPGG)**

1. Haben Sie den (die) Pflegebedürftige(n) in dem Zeitraum, für den die Geldleistung gebührt, **ÜBERWIEGEND** und **OHNE ANGEMESSENES ENTGELT** gepflegt? ja nein
2. Haben Sie für den (die) Pflegebedürftige(n) in dem Zeitraum, für den die fällige Geldleistung gebührt, **ÜBERWIEGEND** die Verpflegskosten gezahlt? ja nein

Liegt ein **ÜBERWIEGEN** im Sinne der Fragen 1 oder 2 NICHT vor, teilen Sie uns bitte Namen, Anschrift und Naheverhältnis der weiteren Person(en) mit:

3. In welchem Naheverhältnis standen Sie zu dem (der) Verstorbenen?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ehegattin, Ehegatte | <input type="checkbox"/> Tochter, Sohn |
| <input type="checkbox"/> eingetragene(r) Partner(in) | <input type="checkbox"/> Schwiegertochter, Schwiegersohn |
| <input type="checkbox"/> Lebensgefährtin, Lebensgefährte | <input type="checkbox"/> Schwester, Bruder |
| <input type="checkbox"/> andere Person _____ | |

C. Anweisung

Die Anweisung auf ein Konto

- wird gewünscht

Konto bei: _____ lautend auf: _____
(Name des Geldinstitutes) (Name des Konoinhabers)

Kontonummer: _____ Bankleitzahl: _____

- wird nicht gewünscht **Barzahlung wird ausdrücklich beantragt.**

Ich erkläre, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe und verpflichte mich, zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.

Beilagen: _____

Datum / Ort

Unterschrift



Das Antragsformblatt kann bei allen Servicestellen der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau, aber auch bei anderen Sozialversicherungsträgern (z.B. Krankenkassen) und Behörden der allgemeinen staatlichen Verwaltung (z.B. Magistrat, Bezirkshauptmannschaft) eingebracht werden.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung

Pensionsversicherung - BVAEB

Geschäftsstelle Wien:

Linke Wienzeile 48-52, 1060 Wien

Tel.: 05 0405 - 33 300

Fax: 05 0405 - 22 409

Pensionsversicherung - BVAEB

Geschäftsstelle Graz:

Lessingstraße 20, 8010 Graz

Tel.: 05 0405 - 33 600

Fax: 05 0405 - 22 480