

Antrag kommunales Pflegeunterstützungsgeld

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

(Straße, Wohnort, Telefonnummer, E-Mail)

Ich beantrage die Auszahlung des kommunalen Pflegeunterstützungsgeldes in Höhe von 100 €/jährlich. Die Auszahlung erfolgt zum 30.09. eines jeden Jahres. Änderungen in den persönlichen Voraussetzungen für den Bezug des Pflegeunterstützungsgeldes sind der Gemeindeverwaltung umgehend mitzuteilen.

Es wurde folgender Pflegegrad festgestellt:

(bitte den aktuellen Pflegebescheid sowie einen ärztlichen Nachweis der Inkontinenz beifügen.)

Ich lebe in einem privaten Haushalt auf dem Gebiet der Gemeinde Cölbe und werde von folgendem/r Angehörigen und/oder folgendem Pflegedienst gepflegt bzw. betreut:

(Name, Vorname)

(Straße, Wohnort, Telefonnummer, E-Mail)

(Pflegedienst)

(Straße, Ort, Telefonnummer, E-Mail)

Ich/wir bitte/n um Überweisung auf folgendes Konto:

(Name(n) des (der) Kontoinhaber(s))

(Bezeichnung des Geldinstituts, Ort)

(IBAN)

(BIC)

(Ort, Datum)

(Unterschrift Antragsteller/in bzw. gesetzliche Betreuungsperson)