

## 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)