



An
Bayerisches Landesamt für Pflege
Landespflegegeld – Sachbearbeitung
Postfach 1365
92203 Amberg

Formular Pflegegrad Bayerisches Landespflegegeld

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

Mitteilung/Nachreichung zum Geschäftszeichen

Das Geschäftszeichen befindet sich jeweils in der Betreffzeile der Schreiben.
Haben Sie noch keine Nachricht von uns erhalten, lassen Sie dieses Feld bitte leer.

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

Datum (TT/MM/JJ)

Unterschrift/en

Anspruchsberechtigte/r bzw. Betreuer/in/innen,
Bevollmächtigte/r, gesetzl. Vertreter/in/innen

Hinweis: Bitte legen Sie das Schreiben der **Pflegekasse** bei, in dem die Pflegegrad-
änderung dokumentiert ist.