



An
Bayerisches Landesamt für Pflege
Postfach 1365
92203 Amberg

Änderungsformular Bayerisches Landespflegegeld

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

Änderungsmitteilung zu Geschäftszeichen

Sie finden das Geschäftszeichen auf dem Bescheid in der Betreffzeile.
Bitte lassen Sie dieses Feld leer, wenn Sie das Geschäftszeichen nicht kennen.

Persönliche Daten der anspruchsberechtigten Person

Zwingend ausfüllen

Anrede Herr Frau keine Angabe

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Änderung „Name“

Ausfüllen, wenn zutreffend

Vorname (neu)

Nachname (neu)

Hinweis(e):
Bitte legen Sie
einen **Nachweis
über die Namens-
änderung** bei, z.B.
Heiratsurkunde,
Adoptionsurkunde
etc.

Änderung „Anschrift“

Ausfüllen, wenn zutreffend

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Adresszusatz

Land

Ummeldedatum

<input type="text"/>						
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

 (TT/MM/JJ)

Hinweis(e):
Bitte beachten Sie,
dass die neue
**melderechtliche
Adresse** angegeben
werden muss.



Änderung „Herabstufung/Wegfall Pflegegrad“

Ausfüllen, wenn zutreffend

Pflegegradänderung Gültig ab (TT/MM/JJ)

Neuer Pflegegrad Pflegegrad 1 Kein Pflegegrad mehr

Versterben Die/der Anspruchsberechtigte ist
am verstorben.
(TT/MM/JJ)

Hinweis(e):
Bitte legen Sie das Schreiben der **Pflegekasse** bei, in dem die Pflegegradänderung dokumentiert ist.

Änderung „Bankverbindung“

Ausfüllen, wenn zutreffend

Kontoinhaber/in (neu)
IBAN (neu)
BIC (neu)
Gültig ab
Unterschrift
Kontoinhaber/in (neu)

Hinweis(e):
Die/der Kontoinhaber/in erklärt mit ihrer/seiner Unterschrift, dass das kontoführende Geldinstitut beauftragt ist, überzahlte Beträge an das Bayerische Landesamt für Pflege zurück zu überweisen. Dieser Auftrag kann nicht widerrufen werden.

Änderung Vertretungsregelung/„Abweichende/r Antragsteller/in“

Ausfüllen, wenn zutreffend

Die/der neue „abweichende Antragsteller/in“ ist (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Betreuer/in
 Bevollmächtigte/r
 Gesetzliche/r Vertreter/in

Anrede Herr Frau keine Angabe

Vorname

Nachname

Straße, Hausnummer

Adresszusatz

PLZ, Wohnort

Land

Telefonnummer

E-Mail

Datum (TT/MM/JJ)

Unterschrift Anspruchsberechtigte/r bzw. Betreuer/in,
Bevollmächtigte/r, gesetzliche/r Vertreter/in

Hinweis(e):
Die/der abweichende Antragsteller/in regelt in Ihrem Auftrag Ihre Angelegenheiten mit dem Landesamt für Pflege und ist / wird unser/e Ansprechpartner/in.

Für **Betreuer/innen:**
Bitte legen Sie Ihren **Betreuerausweis /-beschluss mit Vermögenssorge** bei.

Für **Bevollmächtigte:**
Bitte legen Sie eine **Vollmacht** bei, die die **Vermögenssorge** umfasst.

Für **gesetzliche Vertreter/innen:**
Bitte beachten Sie, dass bei einem gemeinsamen Sorgerecht das Änderungsformular **von beiden Erziehungsberechtigten** zu unterschreiben ist.

Bitte beachten Sie: Dieses Formular, sowie Einzelformulare finden Sie unter www.lfp.bayern.de/landespflegegeld zum Download. Alternativ können Sie unter www.bestellen.bayern.de ausgedruckte Formulare ordern und sich diese kostenfrei und bequem nach Hause schicken lassen.