

## Antrag auf 18 kostenlose Pflegesäcke

An die Gemeinde

_____
_____
_____



Landkreis Eichstätt

### Antragsteller:

Name, Vorname	
Straße, Hausnr.	
PLZ, Ort	
Telefon	

### Für die pflegebedürftige Person:

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnr.	
PLZ, Ort	

werden für das Jahr \_\_\_\_\_ achtzehn kostenlose Pflegesäcke beantragt.

Folgende Anspruchsvoraussetzungen liegen vor:

- Die Pflege erfolgt zu Hause  
und
- die pflegebedürftige Person erhält Leistungen nach dem Pflegegrad 4 oder 5  
(bitte Nachweis der Pflegekasse in Kopie beilegen)  
oder
- die pflegebedürftige Person erhält Leistungen nach dem Pflegegrad 2 oder 3  
und verfügt über eine Bestätigung des behandelnden Arztes bzw. Pflegedienstes über Inkontinenz (bitte Nachweis der Pflegekasse und Bescheinigung über Inkontinenz beilegen bzw. auf Seite 2 bestätigen lassen)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Im Falle des Pflegegrades 2 oder 3:**

**Bestätigung des behandelnden Arztes bzw. des  
behandelnden Pflegedienstes:**

Hiermit wird bestätigt, dass Frau / Herr \_\_\_\_\_  
unter Inkontinenz leidet.

Ggf. Ergänzungen / Anmerkungen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel  
des Arztes bzw. des Pflegedienstes