



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 des Anspruchsberechtigten

Zwingend ausfüllen

Anrede  Herr  Frau

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

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

Datum (TT/MM/JJ)

Unterschrift Anspruchsberechtigter bzw. Betreuer / Bevollmächtigter  
gesetzliche(r) Vertreter

**Hinweis(e):**

Bitte legen Sie das Schreiben der **Pflegekasse** bei, in dem die Pflegegradänderung dokumentiert ist.

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