|  |  |
| --- | --- |
| Absender (vollständige Anschrift)      | Ort, Datum      |

**> Zutreffendes bitte ankreuzen [ ]  bzw. ausfüllen *<***

**Für weitere Angaben Beiblatt verwenden und beiheften!**

**Vorschlag**

**auf Auszeichnung mit einer Dank- und Ehrenurkunde und der Pflegemedaille für besondere Verdienste um pflegebedürftige Menschen mit Behinderung**

*Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Soziales, Familie und Integration vom 22.09.2015 und 03.11.2015 \**

**1. Personalien der zu ehrenden Person**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.1** | Name, Vorname      | Geburtsdatum      |
|  | Straße, Hausnummer      | Postleitzahl, Ort            |

**1.2 Die Person übt die Pflege aus**

[ ]  als eine dem pflegebedürftigen behinderten Menschen nahe stehende Person

*Bezug zum pflegebedürftigen behinderten Menschen (z. B. Ehegatte, Kind, Elternteil, Geschwister, anderer Verwandter, Freund)*

[ ]  im Wege der nachbarschaftlichen Hilfe

[ ]  im Rahmen eines ambulanten sozialen Dienstes

**2. Personalien des gepflegten Menschen mit Behinderung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2.1** | Name, Vorname      | Geburtsdatum      |
|  | Straße, Hausnummer      | Postleitzahl, Ort      |

**2.2 Der pflegebedürftige Mensch mit Behinderung**

[ ]  besitzt einen gültigen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „H“ (Hilflosigkeit)

[ ]  ist Bezieher eines Pflegegeldes oder einer Pflegezulage

**3. Die Pflege wird geleistet**

Seite 1 von 2

[ ]  im häuslichen Bereich

[ ]  nicht im häuslichen Bereich (*bitte nähere Angaben)*

\*(veröffentlicht im AllMBl Nr. 10 vom 30.10.15 S.457 f. und im AllMBl Nr. 11 vom 30.11.15 S. 504)

|  |
| --- |
|       |

**4. Die vorgeschlagene Person erhält für die Pflege**

[ ]  kein oder ein geringfügiges Entgelt

[ ]  Auslagenersatz

Seite 2 von 2

**5. Pflegeumfang**

Die Pflege umfasst alle für den Menschen mit Behinderung erforderlichen Hilfen

(*z. B. Hilfen für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens, medizinische Betreuung, besondere Beaufsichtgung des behinderten Menschen, Führung seines Haushalts, Betreuung seiner Kinder)*:

[ ]  Nein

[ ]  Ja, nähere Angaben

Seite 2 von 2

|  |
| --- |
|       |

**6. Die Pflege wird von der zur Ehrung vorgeschlagenen Person**

[ ]  allein geleistet.

[ ]  zusammen mit       *(Anzahl)* weiteren Pflegeperson(en) geleistet.

Seite 2 von 2

**7. Die vorgeschlagene Person pflegt**

[ ]  **einen** Menschen mit Behinderung

[ ]  **mehrere** Menschen mit Behinderung

Seite 2 von 2

*(nennen Sie bitte Art und Umfang der Pflegeleistung für jeden Menschen mit Behinderung).*

Seite 2 von 2

|  |
| --- |
|       |

**8. Die Pflege wird erbracht**

seit       *(Monat, Jahr)*

Seite 2 von 2

[ ]  regelmäßig

[ ]  zusammenhängend *(kürzere Unterbrechungen, z. B. wegen Urlaub oder Erkrankung der Pflegeperson oder*

*des pflegebedürftigen behinderten Menschen, sind unerheblich)*

[ ]  bis heute *(Zeitpunkt des Vorschlags)*

9. Nähere Angaben zum Umfang der Pflege

|  |
| --- |
|       |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift