

Antrag auf die Gewährung von Hilfe zur Pflege

<input type="checkbox"/> Dauerpflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege	Eingangsdatum:
Name und Ort der Einrichtung:	
Aufnahmezeit bzw. voraussichtlicher Aufnahmezeit:	

Hinweis: Nicht Zutreffendes bitte ausstreichen!

1. Persönliche Verhältnisse:	
Familienname <small>ggf. Geburtsname</small>	
Vorname	
PLZ, Wohnort	
Straße, Hausnummer	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebensgemeinschaft
Staatsangehörigkeit	

Pflegegrad	<input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt	<div style="background-color: #e0b0c0; padding: 2px; text-align: center;"><i>Hinweis: Kopie des MDK Gutachten beifügen!</i></div> <div style="background-color: #e0b0c0; padding: 2px; text-align: center;"><i>Hinweis: Die Einstufung in einen Pflegegrad ist bei der Pflegekasse zu beantragen!</i></div>	
Schwerbehinderung <small>Kopie des Ausweises beifügen!</small>	gültig bis:	Merkzeichen:	<input type="checkbox"/> Antrag gestellt
Rechtliche Vertretung: Name, Anschrift, Telefonnummer <small>Kopie der Vollmacht bzw. der Betreuungsurkunde beifügen!</small>	<input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter		

Krankenkasse	Name:	Versicherungsnummer:
	Anschrift:	
	Versicherungsart: <input type="checkbox"/> Familienversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> Pflichtversichert <input type="checkbox"/> sonstiges	

Wo haben Sie sich in den letzten 2 Monaten <u>vor</u> der Heimaufnahme aufgehalten? <input type="checkbox"/> Wohnort/Meldeort <input type="checkbox"/> andere Einrichtung, welche? <input type="checkbox"/> sonstige Aufenthaltsorte (bitte ausführlich darstellen!)
--

2. Angehörige (Ehegatte, Kinder und Eltern)				
	1	2	3	4
Familienname ggf. Geburtsname				
Vorname				
Geburtsdatum				
Geburtsort				
PLZ				
Wohnort				
Straße, Hausnummer				
Familienstand				
Staatsangehörigkeit				
Ausgeübter Beruf				
Arbeitgeber				
Jahresbruttoeinkommen über 100.000 €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Weitere Unterhaltspflichtige bitte auf einem gesonderten Blatt notieren!

3. Monatliches Einkommen des Hilfesuchenden und des Ehegatte

Bitte Einkommensnachweise beifügen & Nachweis über erstmaligen Rentenbezug!

	Hilfesuchende/-r	Ehegatte / Lebenspartner/-in
	EUR/Monat	EUR/Monat
Nichtselbständige Tätigkeit		
Selbständige Tätigkeit z.B. Gewerbe, freie Berufe		
Rente		
<input type="checkbox"/> Altersrente		
<input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente		
<input type="checkbox"/> Rente w. Arbeitslosigkeit		
<input type="checkbox"/> Unfallrente		
<input type="checkbox"/> Waisenrente		
<input type="checkbox"/> Witwen-/Witwerrente		
<input type="checkbox"/> Übergangsgeld		
<input type="checkbox"/> Betriebsrente		
<input type="checkbox"/> sonstige Rente		
Pension		
Grundsicherung (SGB XII)		
ALG I		
ALG II		
Asylbewerberleistungen (AsylbLG)		
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz		
Leistungen für Kinder z.B. Kindergeld, Elterngeld		
Wohngeld (WoGG)		
Kranken-/Pflegerkas- senleistungen		
Vermietung/ Verpachtung		
privatrechtl. Ansprüche		
sonstige Einkünfte		

4. Vom Einkommen evtl. absetzbare Ausgaben

Bitte entsprechende Nachweise beifügen!

	Hilfesuchende/-r		Ehegatte / Lebenspartner/-in	
	EUR/Monat		EUR/Monat	
Versicherungen				
<input type="checkbox"/> Krankenversicherung				
<input type="checkbox"/> Arbeitslosenversicherung				
<input type="checkbox"/> Rentenversicherung				
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung				
<input type="checkbox"/> Altersvorsorgebeiträge				
<input type="checkbox"/> Hausratversicherung				
<input type="checkbox"/> Sterbeversicherung				
<input type="checkbox"/> Lebensversicherung				
<input type="checkbox"/> Haftpflichtversicherung				
Unterhalt				
Verträge <i>Erbvertrag, Wohnrecht, Pflegeversicherung</i>				
Gesundheitsschäden <i>z.B. durch Unfall, Fremdverschulden</i>				
sonstige Ausgaben				

5. Wohnform/Kosten der Unterkunft

<input type="checkbox"/> Eigenheim	Wenn ja, bitte Nachweise über die Kosten/Belastungen vorlegen! <i>(z.B. Grundsteuerbescheid, Abwasserbescheid, Schornsteinfeger, usw.)</i>		
<input type="checkbox"/> Miete	Personenanzahl in der Wohnung:	Wohnfläche:	Baujahr:
	Gesamtkosten der Unterkunft		EUR/Monat
	davon	Grundmiete	
		Nebenkosten <i>(außer Strom)</i>	
		Heizungskosten	
	Einnahmen aus Untervermietung		
Sind in den angegebenen Beträgen Kosten für Warmwasser enthalten?			
<input type="checkbox"/> ja, wie hoch?		<input type="checkbox"/> nein	

Erklärung der/des Hilfesuchenden (oder des gesetzlichen Vertreters für die/den Hilfesuchende/n):

Wahrheit der Angaben

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich alle Einkünfte und Vermögensverhältnisse, auch der in meiner Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen, lückenlos angegeben habe. Ich weiß, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch - Betrug) und zu Unrecht erhaltene Hilfe erstatten muss.

Mitwirkungspflicht

Auf meine Mitwirkungspflicht und die Folgen fehlender Mitwirkung (§§ 60 ff. Sozialgesetzbuch I – SGB I -) bin ich hingewiesen worden. Ich bin ferner darüber informiert, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie vorübergehende Abwesenheit, Klinikaufenthalte usw., auch die von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Leistungsträger (hier: Sozialamt) mitzuteilen habe. Jede Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit, werde ich sofort dem Leistungsträger anzeigen.

Datenschutz

Die Erhebung der vorstehenden Daten erfolgte aufgrund der Bestimmungen des Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch (SGB XII). Sie sind zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich. Der Speicherung und Verarbeitung der erhobenen Daten stimme ich im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach § 60 SGB I unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen zu.

Mit der Übersendung der Sozialhilfeakte an einen anderen Sozialleistungsträger, bei dem der Inhalt der Akte zur weiteren Aufgabenerfüllung benötigt wird, bin ich einverstanden.

Überleitung von Ansprüchen

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass der Leistungsträger berechtigt ist, meine Ansprüche, die ich gegenüber anderen Leistungsträgern habe, auf sich überzuleiten und ich nach Erhalt der Überleitungsanzeige im Umfang der übergeleiteten Ansprüche

Das Merkblatt habe ich erhalten!

Datum, Unterschrift des Antragstelles bzw. des rechtlichen Vertreters