

Antrag auf Übernahme der ungedeckten Heimpflegekosten (Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII)

Beantragt wird:

- Übernahme der Kosten eines stationären Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflegeaufenthaltes ab _____
- Übernahme der ungedeckten Kosten der vollstationären Pflege in einer Pflegeeinrichtung ab _____

Angaben zur Person der/des Pflegebedürftigen

Name	Vorname	Geburtsdatum
Staatsangehörigkeit	Familienstand <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft
Letzte Anschrift <u>vor</u> Aufnahme in die Pflegeeinrichtung		
Tag der Aufnahme in die Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer	Ggfls. Wohnbereich
Betreuer/in bzw. Bevollmächtigte/r – Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse (Bestellungsurkunde bzw. Vollmacht - bitte Kopie beifügen)		

Ehepartner/in, Lebenspartner/in, Partner/in in eheähnlicher Gemeinschaft (werden im Folgenden „Partner/in“ genannt)

Name	Vorname	Geburtsdatum
Anschrift		

Angaben über weitere Angehörige

Mutter des Hilfeempfängers / der Hilfeempfängerin (nur, wenn nicht verstorben)	
Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift (ggfs. letzte bekannte):	
Beruf / derzeit ausgeübte Tätigkeit:	
Arbeitgeber, Art des Einkommens:	
Einkommen über 100.000,00 € brutto / Jahr:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt

Vater des Hilfeempfängers / der Hilfeempfängerin (nur, wenn nicht verstorben)	
Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift (ggfs. letzte bekannte):	
Beruf / derzeit ausgeübte Tätigkeit:	
Arbeitgeber, Art des Einkommens:	
Einkommen über 100.000,00 € brutto / Jahr:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt

Ich habe keine Kinder

Kind des Hilfeempfängers / der Hilfeempfängerin	
Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift (ggfs. letzte bekannte):	
Beruf / derzeit ausgeübte Tätigkeit:	
Arbeitgeber, Art des Einkommens:	
Einkommen über 100.000,00 € brutto / Jahr:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt

Kind des Hilfeempfängers / der Hilfeempfängerin	
Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift (ggfs. letzte bekannte):	
Beruf / derzeit ausgeübte Tätigkeit:	
Arbeitgeber, Art des Einkommens:	
Einkommen über 100.000,00 € brutto / Jahr:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt

Kind des Hilfeempfängers / der Hilfeempfängerin	
Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift (ggfs. letzte bekannte):	
Beruf / derzeit ausgeübte Tätigkeit:	
Arbeitgeber, Art des Einkommens:	
Einkommen über 100.000,00 € brutto / Jahr:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt

Kind des Hilfeempfängers / der Hilfeempfängerin	
Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift (ggfs. letzte bekannte):	
Beruf / derzeit ausgeübte Tätigkeit:	
Arbeitgeber, Art des Einkommens:	
Einkommen über 100.000,00 € brutto / Jahr:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt

Getrennt lebender Ehegatte des Hilfeempfängers / der Hilfeempfängerin	
Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift (ggfs. letzte bekannte):	
Beruf / derzeit ausgeübte Tätigkeit:	
Arbeitgeber, Art des Einkommens:	

Geschiedener Ehegatte des Hilfeempfängers / der Hilfeempfängerin	
Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift (ggfs. letzte bekannte):	
Beruf / derzeit ausgeübte Tätigkeit:	
Arbeitgeber, Art des Einkommens:	

Schwerbehindertenausweis

Es wurde bisher keine Schwerbehinderung bei mir und meiner Partnerin bzw. meinem Partner festgestellt

Ausweis besitzt (bitte Kopie beifügen):	
<input type="checkbox"/> Heimbewohner bzw. Heimbewohnerin	<input type="checkbox"/> Partner bzw. Partnerin
Ausweis gültig bis _____	Ausweis gültig bis _____
Grad der Behinderung: _____	Grad der Behinderung: _____
Merkzeichen: _____	Merkzeichen: _____
Wurde ein Ausweis beantragt?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Kranken-/Pflegeversicherung

Name der Krankenkasse/ Pflegekasse	Art der Versicherung <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> Betreuungsfall § 264 SGB V	Versicherungsnummer
Haben Sie Anspruch auf Beihilfe?		
<input type="checkbox"/> ja, Beihilfestelle: _____ <input type="checkbox"/> nein		

Angaben zum Einkommen (Bitte aktuelle Nachweise beifügen)

	Heimbewohner/in		Partner/in	
	nein	ja	nein	ja
Altersrente, Witwenrente, EU-Rente etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzrenten/Betriebsrenten/Unfallrenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erwerbseinkommen/Einkommen aus selbständiger Arbeit oder Gewerbebetrieb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkünfte aus Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungen nach dem Vierzehnten Sozialgesetzbuch (SGB XIV) / Kriegsopferfürsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterhaltsleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertragliche Ansprüche, z.B. Leibrenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Einkünfte; z.B. Rente aus Lebensversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blindengeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besteht eine Privathaftpflichtversicherung für Sie und/oder Ihre/n Partner/in? ja (bitte aktuelle Beitragsberechnung beifügen) nein**Angaben zum Vermögen** (Bitte Nachweise beifügen)

	Heimbewohner/in		Partner/in	
	nein	ja	nein	ja
Bargeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Girokonto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sparkonto/Sparvertrag etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Festgeldkonto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genossenschaftsanteile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bausparguthaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wertpapiere (Aktien, Pfandbriefe etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forderung aus dinglichen Rechten (Nießbrauch, Wohnrecht, Leibrente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kraftfahrzeuge (Pkw, Lkw, Krad, Wohnwagen, Boot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sterbeversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestattungsvorsorgevertrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundbesitz (bebaut/unbebaut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbansprüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zugewinnausgleichsansprüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges Vermögen (Kurzbeschreibung incl. Wertangabe):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde jemals auf Geltendmachung einer Forderung verzichtet (Wohnungsrecht, Nießbrauch, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung Vermögen an Dritte verschenkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde vor über 10 Jahren Vermögen auf Dritte übertragen (z.B. Übertragung von Grundbesitz, Altenteil, Barvermögen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wohnverhältnisse vor Heimaufnahme zur Miete im Eigentum Wohnungs-/Nießbrauchrecht bei Angehörigen

Wichtige Hinweise und Erläuterungen

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit diesem Antrag erfolgt nach Art. 6 Abs. 1 lit. c) und e) Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i.V.m. §§ 67 bis 78 Zehntes Buches des Sozialgesetzbuches (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen.

Wer Sozialhilfe beantragt oder erhält, hat nach §§ 60 ff Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I) alle für die Leistung erheblichen Tatsachen anzugeben und der Erteilung von Auskünften Dritter zuzustimmen (z.B. Behörden, Ärzte, Krankenhäuser, Banken), wenn die notwendigen Daten nicht selbst beigebracht werden können. Alle Änderungen in den für die Leistung erheblichen Verhältnissen sind unverzüglich dem Sozialamt unaufgefordert mitzuteilen, insbesondere

- Beantragung und Bewilligung von Renten, Wohngeld (Miet-/Lastenzuschuss), anderen Sozialleistungen
- Erhalt von jeglichem Einkommen oder Vermögen
- Änderungen der Höhe laufender Einkünfte und ihr Wegfall
- Krankenhausaufenthalte
- Wechsel des Pflegegrades
- Umzug in eine andere Pflegeeinrichtung
- Auszug aus der Pflegeeinrichtung

Beweismittel sind auf Verlangen vorzulegen oder ihrer Vorlage ist zuzustimmen. Wird diesen Pflichten nicht nachgekommen und sind die Verhältnisse ungeklärt, kann die Hilfe versagt oder nicht weiter geleistet werden.

Das Sozialamt erhebt zur Bestimmung der Form der Sozialhilfe und deren detaillierter Ausgestaltung sowie zur Bemessung der Sozialhilfeleistung persönliche und wirtschaftliche Daten. Der Umfang dieser Daten ergibt sich in der Regel aus dem Sozialhilfeantrag. Es kann aber die Notwendigkeit bestehen, darüberhinausgehende Daten zu ermitteln, wenn die Ausgestaltung der Hilfe dies erfordert.

Jeder hat Anspruch darauf, dass die ihn betreffenden Sozialdaten vom Sozialamt nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Die Einzelheiten zum Schutz der Sozialdaten sind in den §§ 67 ff. Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X), u.a. § 67 a „Datenerhebung“, § 67 b „Zulässigkeit der Datenverarbeitung und -nutzung“, sowie in § 35 SGB I „Sozialgeheimnis“ geregelt. Die Daten werden maschinell verarbeitet und gespeichert.

Sollten aufgrund falscher oder fehlender Angaben Sozialhilfeleistungen zu Unrecht bewilligt werden, sind diese zu erstatten. Dieses Fehlverhalten kann eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen. Auch der Versuch ist strafbar (§ 263 Strafgesetzbuch).

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben und werde Änderungen umgehend mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift Heimbewohner/in **oder**
Betreuer/in, Bevollmächtigte/r

Unterschrift Partner/in