

Antrag auf Übernahme der ungedeckten Kosten für Leistungsberechtigte in Wohn- und Pflegegemeinschaften (WPG) (Grundsicherung, Hilfe zum Lebensunterhalt, Hilfe zur Pflege)

1. Persönliche Verhältnisse

Personalien	Leistungsberechtigte(r)	Ehegatte/in Lebensgefährte/in	Frühere(r) Ehegatte(n) (auch verstorbene)
Familienname			
Vorname			
Geburtsname, Frühere Ehenamen			
PLZ, Wohnort			
Straße, Haus-Nr.			
Telefonnummer			
Geburtsdatum			
Geburtsort u. -kreis			
Familienstand	seit:	seit:	seit:
Staatsangehörigkeit			
Betreuer(in) bzw. Bevollmächtigte(r) Name, Anschrift, Telefon, E-Mail Adresse Bestellungsurkunde / Vollmacht – bitte Kopie beifügen			

Der/Die Leistungsberechtigte ist krankenversichert /pflegeversichert nein ja

Name und Anschrift der Krankenkasse / Pflegekasse: _____

(aktuelle Mitgliedsbescheinigung anfordern und beifügen!) _____

Versicherungs-Nr.: _____

Pflegegrad: _____ seit: _____

Bitte unbedingt das MDK Gutachten beifügen!

Liegt bei dem/der Leistungsberechtigten eine Schwerbehinderung vor?

nein ja

Wenn ja, bitte Schwerbehindertenausweis in Kopie (Vorder- und Rückseite) beifügen.

Sofern kein Schwerbehindertenausweis vorliegt, ist umgehend ein Antrag auf Feststellung des Grades der Behinderung beim Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung in 56073 Koblenz zu stellen. (Der benötigte Vordruck ist auch auf deren Webseite zu finden)

Wurde die Aufnahme in der WPG infolge eines Unfalls oder ähnlichen Ereignisses erforderlich? nein ja

Welcher Art war der Unfall / die Erkrankung? _____

2. Ermittlung vorrangiger Ansprüche

Besteht ein Insitz-, Nießbrauch- oder Wohnrecht? nein ja

(z. B. aus einem Übergabevertrag) Wenn ja, dann bitte den Vertrag vorlegen!

Besteht eine vertragliche Pflegeverpflichtung? nein ja

(z. B. aus einem Übergabevertrag) Wenn ja, dann bitte den Vertrag vorlegen!

Private Versicherungen des/der Leistungsberechtigten und seines/ihrer Ehegatten/Lebensgefährten/in

Krankenversicherung bei _____

Unfallversicherung bei _____

Krankenhaustagegeldversicherung bei _____

Lebensversicherung bei _____ Rückkaufswerte: _____ Euro

Sterbegeldversicherung bei _____ Versicherungssumme: _____ Euro

Sonstige _____

Wenn eine oder mehrere der Versicherungen vorliegen, bitte die entsprechenden Versicherungsscheine beifügen.

3. Unterhaltspflichtige Angehörige (Kinder / Eltern) *ggfs. Zusatzblatt beifügen*

Leben die Eltern des / der Leistungsberechtigten noch? nein ja

Hat der /die Leistungsberechtigte lebende leibliche / Adoptivkinder? nein ja

Welche Berufe bzw. Tätigkeiten werden jeweils von den Eltern / Kindern ausgeübt?

Vater: _____

Mutter: _____

Kind 1: _____

Kind 2: _____

Kind 3: _____

Verfügen die Eltern oder ein Elternteil / eines oder mehrere der Kinder über erhebliches Einkommen (über 100.000 € brutto jährlich)? nein ja

Wenn ja, geben Sie bitte Namen und Anschriften dieser Person an:

Eltern: _____

Kind 1: _____

Kind 2: _____

Kind 3: _____

4. Einkommen des/der Leistungsberechtigten

Bitte alle Nachweise/Bescheide beifügen!

Bitte Monatsbeträge in € angeben!	Betrag Leistungsberechtigte(r)	Betrag Ehegatte/in / Lebensgefährte/in
Altersrente		
Witwen-/Witwerrente		
Ausländische Renteneinkünfte		
Werks-/Betriebsrente		
Versorgungsbezüge		
Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz (Unterhaltshilfe, Entschädigungs-)		
Sonstige Renten (z. B. Berufsunfähigkeits-, Unfall-, Waisen-, Erwerbsminderungsrente)		
Nichtselbständige Tätigkeit (Nettoerwerbseinkommen)		
Krankengeld		
Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft/ Gewerbebetrieb/ sonstige selbstständige Tätigkeit		
Einkünfte aus Kapitalvermögen (z. B. Zinseinnahmen)		
Einkünfte aus Vermietung/Verpachtung		
Kinderzuschuss/-zulage, Elterngeld, Kindergeld		
Pflegegeld		
Arbeitslosengeld I, II, Grundsicherungsleistungen		
Unterhaltsvorschuss, Unterhaltsbeiträge von Angehörigen		
Sonstiges: _____ _____		

**5. Vermögen des Leistungsberechtigten und seiner/s Ehegatten/in/ Lebensgefährten/in
(im In- und Ausland)**

	Leistungsberechtigte(r)			Ehegatte/in / Lebensgefährte/in		
	nein	ja	Betrag in €	nein	ja	Betrag in €
Bargeld / Taschengeldkonto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Girokonto Nr. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sparkonto Nr. _____ Nr. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(Legen Sie bitte die Kontoauszüge der letzten 3 Monate aller Konten vor)						
Wertpapiere (z. B. Aktien, Fonds, Geschäftsanteile)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bausparvertrag / Prämienparvertrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lebensversicherung (Rückkaufswert)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bestattungsvorsorge- oder Grabpflegevertrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges Vermögen (z.B. Mietkaution)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(Art: _____)				(Art: _____)		
Hausgrundvermögen (Einheitswert)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Selbst bewohnt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Sonstiges Grundvermögen (Einheitswert)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(nähere Bezeichnung, Lage: (_____)				(_____)		
Kraftfahrzeug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(Marke, Model, KM-Stand, Baujahr, Kennzeichen: _____)				(_____) _____)		

Sämtliche Vermögenswerte sind nachzuweisen!

Früheres Vermögen

Wurde in den **letzten 10 Jahren** Vermögen

veräußert ja nein

übertragen ja nein

verschenkt? ja nein

Wenn eine der Fragen mit **„Ja“** beantwortet wurde: Wann genau? _____

An wen: _____

Art des Vermögens Sparvermögen Wertpapiere Haus- und Grundbesitz

Sonstiges

Wert des Vermögens: _____ €

Wurde in den **letzten 10 Jahren** ein Insitz-, Nießbrauch- oder Wohnrecht aufgegeben bzw. gelöscht?

ja nein

Wenn ja, bitte Belege beifügen!

Erfolgt in den **letzten 10 Jahren** Kontenaufösungen / Umschreibungen?

ja nein

Wenn ja, bitte Belege beifügen!

Bei geschiedenen oder getrennt lebenden Ehegatten:

Urteil o.ä. vom: _____ - Gericht in _____

Geschäftszeichen: _____ Rechtskräftig ab: _____

Unterhaltsregelung / Versorgungsausgleich: _____

Bitte Nachweise beifügen!

6.a Wirtschaftliche Belastungen der Bedarfsgemeinschaft (nur wenn der/die Ehegatte/in Wohnung oder Haus weiterhin bewohnt)

Mietwohnung		Monatlicher Betrag in €	
Kaltmiete			
Nebenkosten			
Wohngeld			
Haus- und Wohnungseigentum		Monatlicher Betrag in €	
Grundsteuer			
Gebäudeversicherungen			
Darlehensrückzahlungen		Tilgung:	Zinsen:
Haus- / Wohnungseigentum bzw. Mietwohnung		Monatlicher Betrag in €	
Wassergeld			
Müllabfuhrgebühren			
Schornsteinfegergebühren			
Brandversicherung			
sonstiger Bewirtschaftungs- und Erhaltungsaufwand			
Wohnfläche: _____ qm			
Baujahr: _____			
Hausratversicherung			
Haftpflichtversicherung			

Bitte Nachweise beifügen!

6.b Wirtschaftliche Belastungen innerhalb der Wohn- und Pflegegemeinschaft

Monatliche Mietkosten _____

Monatliche Betreuungskosten _____

Monatliches Haushaltsgeld _____

Monatliche Pflegekosten _____
werden in voller Höhe von der Pflegekasse erstattet: () ja (..) nein

Sofern weitere monatliche Kosten vertraglich vereinbart sind, nennen Sie diese:

Fügen Sie sämtliche Verträge (oder Kostenvoranschläge) zu allen o.g. Punkten bei.

7. Aufenthaltsverhältnisse der letzten 3 Monate vor dem 1. Einzug in eine WPG

Letzter Wohnort vor der Aufnahme in die WPG (genaue Anschrift):

Bei vorherigem Wohnort außerhalb des Westerwaldkreises:

Zugezogen in den Westerwaldkreis am _____ von _____
(Bitte genaue Anschrift angeben)

Ich habe/ in einer Mietwohnung
Wir haben im eigenen Haus (Baujahr _____)
 in einer sonstigen Wohnform
(z.B. WPG/Betreutes Wohnen) _____
gewohnt.

Wichtig: Bitte vermerken Sie unbedingt den letzten Wohnort, vor der Aufnahme in eine WPG / ein Krankenhaus. Bei Umzug aus einer anderen Wohn- und Pflegegemeinschaft geben Sie bitte zusätzlich die Anschrift dieser WPG an.

Wurde vorher Sozialhilfe beantragt / bezogen?

nein ja Wo? _____ von _____ bis _____

Mit der Übersendung der dort geführten Sozialhilfeakte bin ich einverstanden

nein ja

Letzte Aufenthaltsorte (auch Krankenhäuser, Heime, etc.):

von	bis	Einrichtung und Orte (<i>genaue Anschrift angeben</i>)

ggf. Kostenträger des letzten Aufenthaltes:

Ist eine dauerhafte Unterbringung vorgesehen? nein ja

Die Aufnahme erfolgt(e) am: _____

in der WPG: _____
(Name und Anschrift der WPG)

Ich/Wir beantrage(n) die Hilfe ab _____

Belege über Einkommen, Vermögen und Belastungen sind beizufügen!
(siehe dazu auch beiliegende Checkliste)

Bitte beachten Sie:

Nach § 66 SGB I können die Leistungen ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden, wenn Sie Ihren Mitwirkungspflichten nicht nachkommen und dadurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert wird.

Hinweis nach § 79 Abs. 3 S. 1 SGB X i.V.m. § 13 Abs. 3 S. 2 Bundesdatenschutzgesetz:
Die Daten in diesem Antragsbogen werden gemäß § 60 Abs. 1 Nr. 1 SGB I erhoben. Sie werden in der automatischen Datenverarbeitung verarbeitet, soweit dieses für die weitere Bearbeitung des Antrages bzw. die Leistungsgewährung erforderlich ist.

Abschließend weisen wir darauf hin, dass wir bereits gezahlte Beträge nicht erstatten können.

Erklärungen:

Ich bin mit der Auszahlung der Sozialhilfe sowie der Zusendung einer Durchschrift der Bescheide bzw. Weitergabe der notwendigen Informationen an die Wohn- und Pflegegemeinschaft einverstanden.

Ich / Wir versichere(n), dass die gemachten Angaben voll der Wahrheit entsprechen und dass keine wichtigen Angaben verschwiegen wurden. Mir / Uns ist bekannt, dass ich mich / wir uns durch unwahre und unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze(n). Weiter wird darauf hingewiesen, dass der Sozialhilfeträger nach §§ 93 ff. der Abgabenordnung (AO) die Möglichkeit des Kontenabrufes beim Bundeszentralamt für Steuern hat.

Belege zu den gemachten Angaben, insbesondere zu Einkommen und Vermögen, gemäß beiliegender Checkliste sind vollständig beigefügt.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des/der **Leistungsberechtigten**
oder gesetzlichen Vertreters)

Beim Ausfüllen war behilflich (Name + Verhältnis zur Person):

(Unterschrift des/der Ehegatten/in /
Lebensgefährten/in)

Benötigte Unterlagen bzw. Nachweise für die Übernahme der ungedeckten Kosten im Rahmen der Sozialhilfe

Bitte übersenden Sie keine Originalunterlagen, sondern lediglich Kopien!

- Vollmacht oder Betreuerausweis**
- Vollständiges MDK Gutachten**
- Kopie der Vorder- und Rückseite des **Schwerbehindertenausweises** (sofern vorhanden)
- Aktuelle **Mitgliedsbescheinigung** der Krankenkasse
- Notarielle Verträge bezüglich des Grundvermögens** (sofern vorhanden)
 - Kauf-, Schenkungs-, Übergabeverträge
 - Vertrag über das **Wohn-/Nießbrauch-/Insitzrecht** (bzw. deren Löschung)
- Aktuelle Einkommensnachweise** (Rentenbescheide, Erwerbseinkommen, etc.)
- Aktuelle **Vermögensnachweise**
 - **Girokontoauszüge** der letzten drei Monate vor dem beantragten Leistungsbeginn
 - Nachweise über Kontoauflösung/-umschreibungen
 - **Kopie des Sparbuchs**, aus welcher der aktuelle Stand hervorgeht
 - **Aktuelle Rückkaufswerte** von Lebensversicherungen, Sterbegeldversicherungen, Nachweise über Bestattungsvorsorgeverträge
 - **KFZ-Schein**
- Nachweise über die **wirtschaftlichen Belastungen** wie z. B. Mietvertrag, Bescheide über Grundsteuer und Wasser- und Abwasser, Beiträge zur Gebäudeversicherung und Schornsteinfegergebühren

Als Nachweis können auch Girokontoauszüge mit den entsprechenden Belastungen dienen.

Wir weisen darauf hin, dass Belastungen, die uns nicht nachgewiesen werden, nicht berücksichtigt werden können.
- Sämtliche mit der WPG abgeschlossenen Verträge (Mietvertrag, Betreuungsvertrag, Hauswirtschaftskosten, etc.)**

Die Aufstellung der benötigten Unterlagen ist nicht abschließend. Im Einzelfall können weitere Unterlagen angefordert werden.

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Name, Vorname des/der Antragstellenden

Gegebenenfalls gesetzliche(r) Vertreter*in

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Geburtsdatum

Hiermit befreie ich

- Hausarzt/Hausärztin:

(Name und Anschrift)

- Facharzt/Fachärztin, Psychologen/in, Therapeuten/in, Ärzte/innen und Mitarbeiter/innen von Einrichtungen, Kliniken usw.:

(Name und Anschrift)

- den medizinischen Dienst (MDK) der Krankenkasse/ Pflegekasse
- Mitarbeiter der Wohn- und Pflegegemeinschaft

von der **ärztlichen/medizinischen Schweigepflicht**.

Ich bin damit einverstanden, dass Entlassungsberichte von Krankenhäusern, Therapieeinrichtungen etc., Krankengeschichten, Befundunterlagen, Untersuchungsergebnisse, oder ähnliche Unterlagen zu meiner Akte in der Sozialabteilung genommen werden (und bei Bedarf den Ärzten des Gesundheitsamtes zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden).

Zudem erlaube ich Pflegeeinrichtungen dem Sozialamt die Einsicht in meine pflegebezogenen Unterlagen, wie z. B. Pflegedokumentationen, / -berichte, und die Maßnahmenplanung zu gewähren und ggf. die Zusendung dieser Nachweise zu veranlassen.

Außerdem bestätige ich hiermit,

dass ich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kreisverwaltung des Westerwaldkreises in Montabaur **von ihrer Schweigepflicht entbinde** und zwar dergestalt, dass meine Unterlagen **abteilungsintern und/oder abteilungsübergreifend**

- **aus dem Gesundheitsamt**
- **aus dem Sozialamt**
- **aus _____ (bitte entsprechende Abteilung einfügen)**

eingesehen und verwendet werden dürfen. Dies dient einer umfassenden Prüfung der Hilfen und Zuständigkeiten.

Ort, Datum

Unterschrift