

Antrag auf Übernahme der ungedeckten Heimpflegekosten für Leistungsberechtigte in Senioren-, Alten- und Pflegeheimen (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: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Pflegegrad: _____ seit: _____

Bitte Bescheid der Pflegekasse über die Festsetzung des Pflegegrades und die Höhe der bewilligten Leistungen, sowie bei den Pflegegraden 0, 1 und 2 auch das MDK Gutachten, beifügen!

Text

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 Amt für Soziale Angelegenheiten in 56073 Koblenz zu stellen.

Wurde die Heimaufnahme 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!	Leistungsberechtigte(r)	Ehegatte/in Lebensgefährte/in
Altersrente		
Witwen-/Witwerrente		
Ausländische Renteneinkünfte		
Werks-/Betriebsrente		
Versorgungsbezüge		
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (Grundrente, Elternrente, Ausgleichsrente)		
Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz (Unterhaltshilfe, Pflegegeld, Entschädigungsrente)		
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"/>	
(Legen Sie bitte die Girokontoauszüge der letzten 3 Monate vor)						
Sparkonto Nr. _____ Nr. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wertpapiere (z. B. Aktien, Fonds, Geschäftsanteile)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bausparvertrag / Prämiensparvertrag	<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) (Art: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 (Art: _____)
Hausgrundvermögen (Einheitswert) Selbst bewohnt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges Grundvermögen (Einheitswert) (nähere Bezeichnung, Lage: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 (_____)
Kraftfahrzeug (Marke, Model, KM-Stand, Baujahr, Kennzeichen: _____ _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	 (_____ _____)

Bitte **sämtliche** Vermögenswerte nachweisen!

Früheres Vermögen

Wurde in den **letzten 10 Jahren** Vermögen veräußert übertragen verschenkt?
 nein nein nein
 ja ja ja

Wann genau wurde das Vermögen übertragen? _____

An wen wurde es übertragen? _____

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? nein ja

Wenn ja, bitte Belege beifügen!

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

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. 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!

7. Aufenthaltsverhältnisse der letzten 3 Monate vor der Heimaufnahme

Letzter Wohnort vor der Heimaufnahme (genaue Anschrift):

Bei vorherigem Wohnort außerhalb des Westerwaldkreises:

Zugezogen am _____ von _____
(Bitte genaue Anschrift angeben)

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

Wichtig: Bitte vermerken Sie unbedingt den letzten Wohnort, vor der Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung/ein Krankenhaus. Bei Umzug aus einer Seniorenwohngemeinschaft (SWG) in ein Pflegeheim geben Sie bitte zusätzlich die Anschrift der SWG 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 (genaue Anschrift angeben)

ggf. Kostenträger des letzten Aufenthaltes:

Ist eine dauerhafte stationäre Unterbringung vorgesehen? nein ja

Die Heimaufnahme erfolgt(e) am: _____ zur Kurzzeitpflege
_____ zur Verhinderungspflege
_____ zur vollst. Dauerpflege
(wenn zutreffend, bitte ankreuzen)

im Senioren-, Alten- oder Pflegeheim _____

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.

Erklärungen:

Ich bin mit der Auszahlung der Sozialhilfe sowie der Zusendung einer Durchschrift der Bescheide bzw. Weitergabe der notwendigen Informationen an die Pflegeeinrichtung einverstanden.

Eine Auszahlung des Barbetrages und der Bekleidungs pauschale erfolgt durch die Pflegeeinrichtung.

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:

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

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

- Vollmacht oder Betreuerausweis**
- Leistungsbescheid oder Ablehnungsbescheid der Pflegekasse** über die Leistungen in der vollstationären Pflege; sofern kein Pflegegrad oder Pflegegrad 1 oder 2 festgestellt wurden, reichen Sie bitten außerdem das **MdK-Gutachten** ein
- Kopie der Vorder- und Rückseite des **Schwerbehindertenausweises** (sofern vorhanden)
- Notarielle Verträge bezüglich des Grundvermögens** (sofern vorhanden)
 - Kauf-, Schenkungs-, Übergabeverträge
 - Vertrag über das **Wohn-/Nießbrauch-/Insitzrecht** (bzw. deren Löschung)
- Aktuelle **Einkommensnachweise** (Rentenbescheide, Erwerbseinkommen, Sozialleistungen etc.)
- Aktuelle **Vermögensnachweise**
 - Girokontoauszüge** der letzten drei Monate vor Heimaufnahme
 - 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.

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 Antragstellers

Gegebenenfalls gesetzlicher Vertreter

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

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 Jugendamt**
- **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