

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, Namen aus früheren Ehen			
PLZ, Wohnort			
Straße, Haus-Nr.			
Geburtsdatum			
Geburtsort u. -kreis			
Familienstand	seit:	seit:	seit:
Staatsangehörigkeit			
Betreuer(in) bzw. Bevollmächtigte(r) Name, Anschrift, Telefon, Bestel- lungsurkunde/Vollmacht – bitte Kopie beifügen			

Der/Die Leistungsberechtigte ist krankenversichert /pflegeversichert ja nein

Name und Anschrift der Krankenkasse / Pflegekasse: _____

Versicherungs-Nr.: _____
 Pflegestufe: _____

Bei geschiedenen oder getrennt lebenden Ehegatten:

Urteil o. ä. vom _____; _____-Gericht in _____
 Geschäftszeichen: _____; Rechtskraft ab _____
 Unterhaltsregelung/Versorgungsausgleich: _____
 (Kopie beifügen)

Liegt bei dem/der Leistungsberechtigten eine Schwerbehinderung vor? ja nein

Bitte Schwerbehindertenausweis 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 ist der Unfall oder die Erkrankung? _____

Unfallbeteiligter: _____; Unfalltag: _____

Unfallort: _____

Wurde der Unfall oder die Erkrankung von einem Dritten verursacht? nein ja

Von wem wurde er verursacht? _____

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 _____

3. Unterhaltspflichtige Angehörige (Kinder / Eltern)

ggfs. Zusatzblatt beifügen

	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind	5. Kind
Name					
Vorname					
PLZ, Wohnort					
Straße, Haus-Nr.					
Geburtsdatum					
Verwandtschafts- verhältnis zum Leistungsberechtigten					
Ausgeübte Tätigkeit					
Anzahl der minder- jährigen Kinder im Haushalt					
Name, Anschrift des Arbeitgebers					

4. Einkommen des/der Leistungsberechtigten

Bitte Monatsbeträge in € angeben!	Leistungsberechtigte(r)	Ehegatte/in Lebensgefährte/in
Altersrente		
Witwen-/Witwerrente		
Landwirtschaftliches Altersgeld		
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		
Kindererziehungsleistungen		
Sonstiges: _____ _____		

5. Vermögen des Leistungsberechtigten und seiner/s Ehegatten/in/ Lebensgefährten/in

	Leistungsberechtigte(r)			Ehegatte/in / Lebensgefährte/in		
	nein	ja	Betrag in €	nein	ja	Betrag in €
Bargeld	<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, Pfandbriefe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bausparvertrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 (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, Baujahr, Kennzeichen: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(_____)

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: _____ EUR

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		

7. Aufenthaltsverhältnisse der letzten 3 Monate vor der Heimaufnahme

Letzter Wohnort vor der Heimaufnahme (genaue Anschrift):

Zugezogen am _____ von _____
(Bitte genaue Anschrift angeben)

Ich habe/ in einer Mietwohnung
Wir haben im eigenem Haus (Baujahr _____)
 Sonstiges _____
gewohnt.

Datum des Grenzübertrittes aus dem Ausland:

Bei Nichtsesshaften: Seit wann auf der Wanderschaft?

Wurde vorher Sozialhilfe beantragt / bezogen?

nein ja Wo? _____ von _____ bis _____

Mit der Übersendung der dort geführten Sozialhilfeakte bin ich einverstanden

ja nein

Letzte Aufenthaltsorte (auch Krankenhäuser, Heime etc.):

von	bis	Einrichtung und Orte (genaue Anschrift angeben)

ggf. Kostenträger des letzten Aufenthaltes:

Die Heimaufnahme erfolgt(e) am: _____

im Senioren-, Alten- oder Pflegeheim _____

Ich/Wir beantrage(n) die Hilfe ab _____

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).

Belege über Einkommen, Vermögen und Belastungen sind beigelegt.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des/der Leistungsberechtigten
oder gesetzlichen Vertreters)

Beim Ausfüllen war behilflich:

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