

## Antrag auf Hilfe zur Pflege

in einem Pflegeheim

**Rheinisch-Bergischer Kreis**  
**Der Landrat**  
**Amt für Soziales und Inklusion**  
**- Stationäre Leistungen (Pflege) -**  
**Postfach 20 04 50**  
**51434 Bergisch Gladbach**

Eingangsvermerk Rheinisch-Bergischer Kreis

**Hinweis:**

Für die Bearbeitung des Antrages werden Informationen über die **persönlichen und wirtschaftlichen** Verhältnisse der hilfebedürftigen Person benötigt. Es ist deshalb sehr wichtig, dass Sie alle Fragen **sorgfältig** beantworten und die **erforderlichen Belege** beifügen.

| 1. Pflegebedürftige Person:   |              |                     |
|---|--------------|---------------------|
| Name, Vorname   | Geschlecht   |                     |
| Geburtsname   | Geburtsdatum | Staatsangehörigkeit |
| Häusliche Anschrift <b>vor der Aufnahme</b> in die Pflegeeinrichtung  |              |                     |
| Pflegegrad<br>1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/><br><b><u>Bei Pflegegrad 2 oder 3 ist die Kontaktaufnahme zur Pflegeberatung notwendig (s. Punkt 9 des Antrags)!</u></b>  |              |                     |
| Schwerbehinderung<br><input type="checkbox"/> Ja      Grad der Behinderung:      Merkzeichen:<br><br><input type="checkbox"/> Nein      Bitte beantragen Sie den Schwerbehindertenausweis bei meinem Gesundheitsamt,<br>An der Gohrsmühle 25, 51465 Bergisch Gladbach ☎ 02202 13 6240.<br>Wenn die pflegebedürftige Person nicht im Rheinisch-Bergischen Kreis lebt, stellen<br>Sie bitte den Antrag bei der für deren Wohnort zuständigen Stadt- oder Kreisverwaltung. |              |                     |
| Besteht Sondenernährung?<br><br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein   |              |                     |

**Familienstand**

ledig       verwitwet seit \_\_\_\_\_

verheiratet mit \_\_\_\_\_

zusammenlebend in einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft mit \_\_\_\_\_

zusammenlebend nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz mit \_\_\_\_\_

getrennt lebend von \_\_\_\_\_

geschieden von (seit: \_\_\_\_\_)

geschieden und wiederverheiratet mit \_\_\_\_\_

verwitwet und wiederverheiratet mit \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**2. Besteht eine Bevollmächtigung oder eine gesetzliche Betreuung?**

- Nein       Ja, bevollmächtigt ist: \_\_\_\_\_       Ja, zum/zur Betreuer/in wurde bestellt:

|                |       |                      |
|----------------|-------|----------------------|
| Name, Vorname: |       |                      |
| Anschrift:     |       |                      |
| *E-Mail:       |       |                      |
| *Telefon:      | *Fax: | *freiwillige Angaben |

**3. Es wird die Übernahme der ungedeckten Pflegekosten beantragt:**

|  |          |           |
|--|----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> für die Kurzzeitpflege        | ab _____ | bis _____ |
| <input type="checkbox"/> für die Tagespflege           | ab _____ |           |
| <input type="checkbox"/> für die vollstationäre Pflege | ab _____ |           |

|   |  |
|---|--|
| Name (und ggf. Abschnitt) der Einrichtung | Anschrift der Einrichtung  |
| In Einrichtung seit:                      | <input type="checkbox"/> Einbettzimmer <input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer |

**4. Einkommen und Vermögen:**

Fügen Sie bitte die **Anlage A „Erklärung über Einkommens- und Vermögensverhältnisse“** vollständig ausgefüllt bei. Ergänzen Sie entsprechend Auskünfte zum Einkommens- bzw. Vermögensbetrag jeweils zum Antragsdatum/Bedarfszeitpunkt. Reichen Sie die entsprechenden Nachweise bitte in Kopie ein.

**5. Besteht eine gesetzliche Kranken-/Pflegekasse oder private Kranken-/Pflegeversicherung?**

- Nein
- Ja, gesetzlich pflichtversichert  
 Name Kranken-/Pflegekasse: \_\_\_\_\_  
 Krankenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_
- Ja, gesetzlich freiwillig versichert  
 Name Kranken-/Pflegekasse: \_\_\_\_\_  
 Krankenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Ja, privat versichert

Name Kranken-/Pflegeversicherungsunternehmen: \_\_\_\_\_

Krankenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

**Zuzahlungsdarlehen** (§ 37 Abs. 2 SGB XII; siehe beiliegendes Informationsschreiben; betrifft lediglich die vollstationäre Pflege): Sofern Sie nicht aktiv widersprechen, wird Ihr Teilnahmewunsch am Zuzahlungsdarlehen zum nächsten Jahresbeginn automatisch berücksichtigt.

Hiermit widerspreche ich der Teilnahme am Zuzahlungsdarlehen.

## 6. Haben Sie bisher Eingliederungshilfe vom Landschaftsverband Rheinland erhalten oder beantragt?

Ja, ich beziehe bereits Leistungen (bitte Bescheid beifügen).

Ja, ich habe Leistungen beantragt (bitte Antragskopie beifügen).

Nein, nicht zutreffend.

## 7. Kinder (auch Adoptivkinder):

Nein

Ja:

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| Name, Vorname   | Anschrift                     |
| Geburtsdatum  | Berufliche Tätigkeit          |
| Liegen die jährlichen Gesamteinkünfte (z. B. Erwerbseinkommen, Rentenbezüge, Mieteinkünfte, Kapitaleinkünfte) über 100.000,- €? |                               |
| <input type="checkbox"/> Ja   | <input type="checkbox"/> Nein |

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| Name, Vorname   | Anschrift                     |
| Geburtsdatum  | Berufliche Tätigkeit          |
| Liegen die jährlichen Gesamteinkünfte (z. B. Erwerbseinkommen, Rentenbezüge, Mieteinkünfte, Kapitaleinkünfte) über 100.000,- €? |                               |
| <input type="checkbox"/> Ja   | <input type="checkbox"/> Nein |

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| Name, Vorname   | Anschrift                     |
| Geburtsdatum  | Berufliche Tätigkeit          |
| Liegen die jährlichen Gesamteinkünfte (z. B. Erwerbseinkommen, Rentenbezüge, Mieteinkünfte, Kapitaleinkünfte) über 100.000,- €? |                               |
| <input type="checkbox"/> Ja   | <input type="checkbox"/> Nein |

Weitere Angehörige bitte auf einem zusätzlichen Blatt aufführen.

## 8. Bisherige Wohnsituation:

Haben Sie bisher in einer Mietwohnung gelebt?

Ja  Nein, sondern:

Wenn nein, bitte **Anlage E (Hausgrundstück/Eigentumswohnung)** beifügen, falls zutreffend.

Hiermit wird die Übernahme der noch bis zum Kündigungszeitpunkt anfallenden Mietkosten beantragt:  
 Ja  Nein

(Falls ja, fügen Sie bitte die vom Vermieter auszufüllende **Mietbescheinigung (Anlage D)** und das **Kündigungsbestätigungsschreiben** des Vermieters bei. Beachten Sie hierzu bitte auch die Hinweise auf dem Infoblatt.)

### 9. Pflegeberatung (nicht erforderlich bei bestehendem Pflegegrad 3 und Vollendung des 80. Lebensjahres sowie altersunabhängig bei bestehendem Pflegegrad 4 oder 5):

Ich habe mich bei der für meine Stadt/Gemeinde zuständigen Pflegeberatungsstelle über die Möglichkeiten ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflege umfassend informiert.

Datum der Beratung: \_\_\_\_\_

Name des Pflegeberaters: \_\_\_\_\_

**Adressen und Telefonnummern der Beratungsstellen innerhalb des Rheinisch-Bergischen Kreises entnehmen Sie bitte der beigefügten Übersicht.**

Die Pflege in einem Pflegeheim ist notwendig, weil:

### 10. Erklärung:

**Ich versichere, dass alle vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Mir ist bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch) und zu Unrecht erhaltene Leistungen zurück zu zahlen sind.**

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach Art. 6 Abs. 1 Buchst. c) und e) der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) i. V. m. §§ 67 bis 78 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Bitte vollständig unterschreiben

Ich möchte Sie bitten, der Einrichtung mitzuteilen, dass ein Antrag auf Sozialhilfe (Antrag auf Kostenübernahme der nicht gedeckten Heimkosten nach dem SGB XII) bei meinem Amt für Soziales und Inklusion gestellt wird. Bitte setzen Sie sich vor der Weitergabe der **Renten** an die Einrichtung mit meinem Amt in Verbindung; Sie erhalten dann Informationen, wie bezüglich der Renten verfahren wird. Ungedeckte Heimkosten und andere Kosten, die mit dem Umzug in die Einrichtung in Verbindung stehen, sollten **nicht** aus eigenem Einkommen und Vermögen gezahlt werden (auch nicht durch die Angehörigen), bis über Ihren Antrag entschieden worden ist.

Bitte fügen Sie diesem Antrag folgende Anlagen bzw. Nachweise in Kopie bei:

- Pflegegeldbescheid der stationären Pflege (falls bereits vorliegend)
- Schwerbehindertenausweis (andernfalls bitte beantragen und nachreichen)
- Bei Geschiedenen: Scheidungsurteil, Unterhaltsurteil, aktuelles MDK-Gutachten
- Vollmacht bzw. Betreuungsausweis
- Anlage A „Einkommens- und Vermögensverhältnisse“ und entsprechende Nachweise
- Ggf. Versichertenkarte der Krankenversicherung (Zuzahlungsdarlehen)
- Ggf. Eingliederungshilfebescheid oder Antragskopie (Eingliederungshilfe)
- Ggf. Anlage „Mietbescheinigung“ und Kündigungsbestätigungsschreiben (Mietkosten)

**Beachten Sie bitte, dass ich nur Kopien annehmen kann – keine Originale – vielen Dank.**