

Antrag auf Hilfe zur Pflege
in einem Pflegeheim

Rheinisch-Bergischer Kreis
Amt für Soziales und Inklusion
- Stationäre Leistungen (Pflege) -
Postfach 20 04 50
51462 Bergisch Gladbach

Eingangsvermerk Rheinisch-Bergischer Kreis

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

Sie möchten Sozialleistungen für sich bzw. für eine/n Angehörige/n beantragen. Hierfür benötige ich **Informationen** über die **persönlichen und wirtschaftlichen** Verhältnisse der hilfebedürftigen Person. Es ist deshalb **sehr wichtig**, dass Sie alle Fragen **sorgfältig beantworten** und die erforderlichen **Belege beifügen**.

1. Pflegebedürftige Person

Name, Vorname	Geburtsname	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
---------------	-------------	--------------	---------------------

Häusliche Anschrift vor der Aufnahme in die Pflegeeinrichtung

Pflegegrad 1 2 3 4 5

2. Familienstand

ledig verheiratet getrennt lebend verwitwet seit

geschieden (Bitte Name und Anschrift der geschiedenen Person angeben):
seit

➤ Fügen Sie bitte eine Kopie des **Scheidungsurteils** bei
und, sofern ergangen, eine Kopie des **Urteils über Unterhalt bzw. Versorgungsausgleich**.

geschieden und wiederverheiratet verwitwet und wiederverheiratet

zusammenlebend in einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft

zusammenlebend nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz
mit Frau / Herrn Geburtsdatum
wohnhaft

3. Besteht eine Bevollmächtigung, die Interessen der hilfebedürftigen Person zu vertreten?

NEIN JA, bevollmächtigt ist:

Frau / Herr (Vorname, Name)	Anschrift	Telefon* FAX* E-Mail*
-----------------------------	-----------	-----------------------------

* freiwillige Angaben

➤ Fügen Sie bitte eine Kopie der **Vollmacht** bei.

4. Wurde durch das Amtsgericht eine Betreuung eingerichtet?

NEIN JA, zur Betreuerin bzw. zum Betreuer wurde bestellt:

Frau / Herr (Vorname, Name)	Anschrift	Telefon* FAX* E-Mail*
-----------------------------	-----------	-----------------------------

* freiwillige Angaben

➤ Fügen Sie bitte eine Kopie des **Betreuungsausweises** bei.

5. Einkommen und Vermögen

➤ Fügen Sie bitte die Anlage **Einkommen und Vermögen** vollständig ausgefüllt bei.

6. Haben Sie bisher in einer Mietwohnung gelebt?

JA NEIN

- Falls "JA"
- Fügen Sie bitte ausgefüllt die Anlage **Mietbescheinigung** bei und eine Kopie des **Mietvertrages**.
 - Fügen Sie bitte eine Kopie des **Kündigungsschreibens** bei, sofern die Mietwohnung nicht von einem Angehörigen weiter bewohnt wird.

7. Haben Sie Immobilienvermögen, z. B. Haus, Eigentumswohnung, Grundstücke?

JA NEIN

- Falls "JA"
- fügen Sie bitte die Anlage **Erklärung über Einkünfte und Aufwendungen bei Haus- und Wohnungseigentum (Rentabilitätsberechnung)** ausgefüllt bei, sowie für jede Immobilie einen **unbeglaubigten Grundbuchauszug**.

8. Haben Sie eine Krankenversicherung ?

<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA Name der Krankenkasse	Anschrift der Krankenkasse
-------------------------------	---	----------------------------

9. Haben Sie eine Pflegeversicherung?

<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA Name der Pflegekasse	Anschrift der Pflegekasse
-------------------------------	--	---------------------------

10. Besteht Sondenernährung?

JA NEIN

11. Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

JA Grad der Behinderung Merkzeichen gültig bis

➤ Bitte eine Kopie des **Schwerbehindertenausweises** beifügen oder nachreichen.

NEIN Bitte beantragen Sie den Ausweis bei meinem Amt für Gesundheitsdienste, An der Gohrsmühle 25, 51465 Bergisch Gladbach ☎ 0 22 02 13-0. Wenn Sie nicht im Rheinisch-Bergischen Kreis leben, stellen Sie bitte den Antrag bei der für Ihren Wohnort zuständigen Stadt- oder Kreisverwaltung.

11 a. Haben Sie bisher Eingliederungshilfe erhalten oder beantragt?

- JA** ich beziehe bereits Leistungen (bitte Bescheid beifügen)
 JA ich habe Leistungen beantragt (bitte Antragskopie beifügen) **NEIN** nicht zutreffend

12. Angehörige? ▶ Eltern, Kinder, auch Adoptivkinder

NEIN **JA**, und zwar bestehen folgende Angehörige:

Name / Vorname	Geburtsdatum	Verwandschafts- verhältnis	Anschrift	Berufliche Tätigkeit

▶ Weitere **Kinder** bitte auf einem zusätzlichen Blatt aufführen.

13. Es wird die Übernahme der ungedeckten Pflegekosten beantragt:

für die **Kurzzeitpflege** ab bis
 für **Tagespflege** für **Nachtpflege** ab
 für die **vollstationäre Dauerpflege** ab

Name der Einrichtung Anschrift

▶ Bitte fügen Sie eine **Kopie des Pflegegeldbescheides der Pflegekasse** bei.

14. Pflegeberatung (nicht erforderlich bei bestehendem Pflegegrad 4 / Pflegegrad 5)

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

Bestätigung durch die Pflegeberatungsstelle

Stempel, Datum, Unterschrift der Pflegeberatungsstelle

Ein persönliches Beratungsgespräch bei der für meine Stadt/Gemeinde zuständigen Pflegeberatungsstelle konnte nicht erfolgen. Dies begründe ich wie folgt:

Die Beratung erfolgte:

- telefonisch am
- schriftlich (E-Mail etc.) am

Bitte beachten Sie, dass dieser Weg der Beratung nur in Ausnahmefällen erfolgen soll!

15. Die Aufnahme in die Pflegeeinrichtung ist aus folgenden Gründen erforderlich:

Die häusliche Pflege ist nicht möglich, weil

Die Pflege in einem Pflegeheim ist notwendig, weil

- Fügen Sie bitte eine Kopie des **Pflegegeldbescheides** der Pflegekasse bei.
- Bei derzeitigem Krankenhausaufenthalt reicht statt des MDK-Gutachtens zunächst die **Notwendigkeitsbescheinigung** des Krankenhauses aus.

16. 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.

Es ist mir bekannt, dass die Daten unter Einhaltung der Bestimmungen des SGB XII (Sozialhilfe) erhoben wurden, da sie zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich sind. Ich stimme deshalb unter der Voraussetzung, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden, zu, dass die erhobenen Daten verarbeitet und gespeichert werden.

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 Sozialamt gestellt wird. Die ungedeckten Heimkosten sollten nicht aus eigenem Vermögen gezahlt werden (auch nicht durch die Angehörigen) bis über Ihren Antrag entschieden worden ist. Sie erhalten vom Sozialamt keine Erstattung. 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.