

Landkreis Friesland
Fachbereich Soziales und Senioren
Schlosserplatz 3 (Zugang über den Philosophenweg)
26441 Jever

Antrag (vom Amt auszufüllen)

ausgegeben am:

eingegangen am:

Antrag auf Sozialhilfe in einer Pflegeeinrichtung

Pflegeeinrichtung	
Straße/Hausnummer	
PZL/Ort	
Tag der Aufnahme	

Hinweis für Personen, die Hilfe zum Lebensunterhalt erhalten

Ein Darlehen für den Zuzahlungsbetrag bis zu der individuellen Belastungsgrenze (§ 62 SGB V) das bei einer möglichen Inanspruchnahme in monatlichen Raten vom Barbetrag einbehalten würde, wird **nicht** in Anspruch genommen. **Bitte ggf. ankreuzen.**

1. Persönliche Daten	der nachfragenden Person	Ehegatte/Lebenspartner Angaben sind stets erforderlich
Name		
Vorname		
Geburtsname Namen aus früheren Ehen		
Geburtsdatum und -ort	_____ in _____	_____ in _____
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Staatsangehörigkeit		
Aufenthaltsstatus (wenn nicht deutsch)		
Grad und Merkmale der Schwerbehinderung (bitte Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> ja, ___ %, Merkmale _____ <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ja, ___ %, Merkmale _____ <input type="checkbox"/> Nein
Kranken- und Pflegeversichert bei: und/oder beihilfeberechtigt bei: Versicherungsnummer		
Pflegegrad (soweit bekannt):		

Anschrift vor der Aufnahme in die Pflegeeinrichtung

Straße und Hausnummer	
PLZ und Wohnort	

Mietwohnung Höhe der Kaltmiete inkl. Nebenkosten: _____ Heizkosten: _____
 Hauptmieter Mitmieter bei:
 Haus/Wohnung als Eigentümer/in
 Sonstiges: _____

2. Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r (bitte Nachweis vorlegen)	
Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
PLZ/Wohnort	
Tel.-Nr/ Fax-Nr./ggf. E-Mail	

3. Sind Anträge auf folgende Leistungen gestellt worden?	
nach dem Wohngeldgesetz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ bei
auf Renten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ bei
auf Blindenhilfe	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ bei
auf Krankengeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ bei
auf sonstigen Leistungen: (Art: _____)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ bei

Wenn bereits früher Sozialhilfe bezogen wurde, bitte Behörde und Aktenzeichen angeben:

_____.

4. Wohn- und Aufenthaltsverhältnisse der nachfragenden Person:	
Wo waren Wohnung und Haushalt der nachfragenden Person in den letzten 2 Monaten vor Heimaufnahme?	
Bei Übertritt aus einer anderen Einrichtung: Seit wann ununterbrochen in Einrichtungen?	
Wo war der letzte gewöhnliche Aufenthalt?	

5. Weitere Personen, die mit der nachfragenden Person in Haushaltsgemeinschaft leben:			
Name, Vorname	Verwandtschaftsverhältnis	Geburtsdatum	Familienstand

6. Angehörige (leibliche Kinder, Adoptivkinder, Eltern, auch: geschiedene Ehepartner, getrennt lebende Ehepartner etc.):					
Vorname					
Familienname					
Geburtsdatum					
Familienstand					
Zurzeit ausgeübte Tätigkeit					
Straße und Hausnummer.					
PLZ Wohnort					
Verwandtschaftsverhältnis					

7. Versicherungen (Bitte Nachweise beifügen)		
Art der Versicherung	Antragsteller	Ehegatte/Lebenspartner
Sterbeversicherung	€	€
Hausratversicherung	€	€
Haftpflichtversicherung	€	€
Sonstige Versicherungen	€	€

8. Angaben über Einkünfte der nachfragenden Person und der unter Ziff. 5 genannten Personen (Nachweise bitte beifügen)			
Einkommensart	Antragsteller	Ehegatte /Lebenspartner	Weitere Person
<input type="checkbox"/> nicht selbstständiger <input type="checkbox"/> selbstständiger Arbeit	€	€	€
Leistungen der Bundesagentur für Arbeit/ARGE	€	€	€
Renten/Pensionen	€	€	€
- Altersrente	€	€	€
- Witwen- und Witwerrente	€	€	€
- Waisenrente	€	€	€
- Betriebsrente	€	€	€
- Unfallrente	€	€	€
- Berufsunfähigkeitsrente	€	€	€
- Erwerbsunfähigkeitsrente	€	€	€
- KOF-Renten nach dem BVG	€	€	€
- Sonstige Renten	€	€	€
Grundsicherung	€	€	€
Kindergeld	€	€	€
Unterhaltsbeiträge	€	€	€
Miet- und Pachteinnahmen	€	€	€
Leistungen des Lastenausgleichs (Unterhaltshilfe/Entschädigungsrente)	€	€	€
Sonstiges Einkommen: (z.B. Geld- oder Leibrente, Sachbezüge usw.)	€	€	€
Leistungen aus der Pflegeversicherung	€	€	€

9. Vermögen des Antragstellers und seines nicht getrennt lebenden Ehegatten/ Lebenspartners
Angabe von Bargeld, Girokonten, Bank- oder Sparguthaben, Bausparverträge, Wertpapiere (z.B. Aktien, Genossenschaftsanteile), Bestattungsvorsorgeverträge, Erbansprüche, Lebensversicherungen, Mietsicherheit, PKW, Ansprüche gegen Dritte, Haus- oder Grundbesitz, landwirtschaftlich genutzte Grundstücke oder Anteile, sonstiges Vermögen!
Beiliegende Vermögenserklärung ist auszufüllen und zu unterschreiben!!

10. Bestehen Altenteils-, Nießbrauch- und/oder Wohnrechte?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ (Vertrag bitte beifügen)

11. Wurde in den letzten zehn Jahren Vermögen verschenkt oder übertragen (z.B. als vorweggenommene Erbfolge)?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____ (Belege bitte beifügen)			
Art des Vermögens	Datum	Wert (€)	Empfänger (Name, Anschrift)
		€	
		€	
		€	

12. Weitere Ansprüche

Weitere Ansprüche der nachfragenden Person, über die noch nicht entschieden worden ist
(z.B. Ansprüche aus der Sozialversicherung, Erbsprüche, Schädigung durch Dritte)

nein ja, und zwar _____ (Belege bitte beifügen)

13. Ausgaben des nicht getrennt lebenden Ehegatten/Lebenspartners außerhalb der Einrichtung (Bitte Nachweise vorlegen)

Unterkunftskosten	€
Heizkosten ohne Strom und Warmwasserkosten	€
Ausgaben für eine kostenaufwändige Ernährung (lt. ärztlichem Gutachten)	€
Ausgaben für Haushaltshilfe, Essen auf Rädern	€
Sonstige Ausgabe	€

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und ich insbesondere alle Einkünfte und Vermögen, auch der in meiner Haushaltsgemeinschaft lebenden Angehörigen, lückenlos angegeben habe. Ich weiss, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch – Betrug -) und zu Unrecht erlangte Hilfe erstatten muss. Über meine Mitwirkungspflicht und die Folgen fehlender Mitwirkung (§§ 60 ff. Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil -) bin ich unterrichtet worden. Ich bin ferner darüber informiert, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie vorübergehende Abwesenheit, Krankenhausaufenthalte usw. unverzüglich und unaufgefordert dem Leistungsträger mitzuteilen habe.

Im Rahmen der Mitwirkungspflicht nach dem Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil – entbinde ich alle Ärzte, die mich behandelt haben oder denen ich vorgestellt worden bin oder werde, von der ärztlichen Schweigepflicht gegen dem Sozialhilfeträger. Dies gilt auch für den medizinischen Dienst der Pflegekasse.

Mit einer Auszahlung der Sozialhilfe an den Träger der Einrichtung bin ich einverstanden.

Hinweise:

Folgende Unterlagen sind dem Antrag beigefügt:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Betreuerausweis/Vollmacht | <input type="checkbox"/> ggf. Scheidungsurteil |
| <input type="checkbox"/> Einkommensnachweise/Rentenbescheide usw. | <input type="checkbox"/> sonstiges _____ |
| <input type="checkbox"/> Bescheid Pflegekasse für vollstationäre Pflege | <input type="checkbox"/> sonstiges _____ |
| <input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis | <input type="checkbox"/> sonstiges _____ |
| <input type="checkbox"/> Vermögenserklärung nach anliegenden Formblatt | |

Die von Ihnen gemachten Angaben werden im Rahmen der automatisierten Datenverarbeitung gespeichert und verarbeitet. Die Berechtigung zur Erhebung ergibt sich aus §§ 9 ff. Nds. Datenschutzgesetz (NDSG).

(Ort, Datum)

(Unterschrift der nachfragenden Person bzw. Betreuer/in)

(Unterschrift Ehegatte/Lebenspartner)