

Kreisverwaltung Altenkirchen
Abteilung 4 / Sozialamt
Parkstraße 1
57610 Altenkirchen

Aktenzeichen

--

Antrag auf Hilfe zur Pflege gem. §§ 61 ff Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch (SGB XII) -vollstationäre Pflege-

Persönliche Angaben (Antragsteller/in):

Familienname / Geburtsname:		Vorname:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Familienstand:	seit:
Staatsangehörigkeit:		Aufenthaltsverhältnisse vor der Heimaufnahme: Straße: PLZ/Wohnort:	
a) ☐ Mietwohnung		b) ☐ Haus- bzw. Wohneigentum	
Heimaufnahme am (Datum): in (Name und Adresse des Heims):			
Ehegatte/in (falls zurzeit verheiratet), Lebensgefährte/in, Lebenspartner/in:			
Familienname / Geburtsname:		Vorname:	Geburtsdatum / -ort:
Bestanden Vorehen? ☐ ja ☐ nein			
Gesetzliche/r Betreuer/in bzw. Bevollmächtigte/r:			
Name:	Anschrift:		Telefon / Fax / E-Mail:
Stellung zum Antragsteller (Berufsbetreuer bzw. Verwandtschaftsverhältnis):			

Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor bzw. wurde ein solcher beantragt?	
☐ Antragsteller/in:	☐ Ehegatte/in:
☐ Ausweis liegt vor. Grad der Behinderung: ____ Merkzeichen: _____	☐ Ausweis liegt vor. Grad der Behinderung: ____ Merkzeichen: _____
☐ Ausweis wurde beantragt.	☐ Ausweis wurde beantragt.
☐ Es liegt kein Ausweis vor.	☐ Es liegt kein Ausweis vor.

Kranken- und Pflegeversicherung:

Es besteht folgender Kranken- und Pflegeversicherungsschutz:	
☐ gesetzliche Versicherung ☐ private Versicherung ☐ keine Versicherung	
Name der Krankenkasse / Versicherung:	Anschrift:
Versicherungsnummer:	☐ pflichtversichert ☐ freiwillig versichert ☐ familienversichert
☐ Es liegt folgender Pflegegrad vor: _____ (Pflegegutachten ist beigefügt)	☐ Es wurde ein Antrag auf Feststellung eines Pflegegrades gestellt.

bei a) Unterkunftskosten monatlich (bei Mietwohnung):

Miete ohne Nebenkosten (sog. Kaltmiete):	Nebenkosten ohne Heiz- und Stromkosten:
--	---

bei b) Unterkunftskosten bei Wohneigentum (s. Anlage 2)

Einkommensverhältnisse:

Hier sind **alle** Einnahmen in Geld oder Geldeswert des Antragstellers / der Antragstellerin anzugeben (z. B. Lohn, Rente, Pensionen, Kindergeld, Grundsicherung nach dem SGB II und SGB XII, Wohngeld, Krankengeld, Miet- und Pachteinnahmen, Unterhalt, Zinserträge, etc.).

Einkommensart	aktueller monatlicher Betrag	<u>Einkommensbezieher:</u> Antragsteller/in (AS) Ehegatte/in (EG) Lebenspartner/in (LP)

Bei einer Betriebsrente Steuer-ID angeben: _____ (11-stellig)

Monatliche Ausgaben:

Art	monatlicher Betrag
Haftpflichtversicherung	
Hausratversicherung	
Zertifizierte Altersvorsorge	

Vermögensverhältnisse:

Hier sind **alle** vorhandenen Vermögensgegenstände anzugeben (z. B. Girokonten, Aktien, Spargbücher, Bausparverträge, Bestattungsvorsorgeverträge, Rentenversicherungen, Lebens- und Sterbegeldversicherungen, Forderungen aus Darlehen, etc.).

Vermögensart	Konto- bzw. Vertragsnummer	Betrag / Stand / Rückkaufwert (aktuell)	Vermögensinhaber Antragsteller/in (AS) Ehegatte/in (EG) Lebenspartner/in (LP)

Bankverbindung - IBAN:

Grundsätzlich erfolgt die Überweisung des Barbetrages und der Bekleidungs pauschale auf ein Barbetragskonto im Pflegeheim.

Grundbesitz bzw. Haus- oder Wohneigentum:

Sind Sie, Ihr/e (verstorbene/r) Ehegatte/in, Ihr/e Lebenspartner/in Eigentümer/in von Grundbesitz bzw. Haus- oder Wohneigentum?		
Wenn ja, dann bitte folgende Angaben ergänzen:		☐ Nein
☐ Haus ☐ Eigentumswohnung ☐ Grundbesitz (Wald/Acker)		
Verkehrswert:		Baujahr:
Grundstücksgröße:		Wohnfläche:
Gemarkung:	Flur-Nr:	Flurstücks-Nr:

Eigentum an Kraftfahrzeugen:

Sind Sie, Ihr/e Ehegatte/in, Ihr/e Lebenspartner/in Eigentümer/in eines Kraftfahrzeuges?	
Wenn ja, dann bitte folgende Angaben ergänzen und <u>Fahrzeugschein/Zulassungsbescheinigung</u> beifügen:	☐ Nein
☐ PKW ☐ Motorrad/Mofa ☐ sonstiges Fahrzeug: _____	
Hersteller:	Modell:
Erstzulassung:	Kilometerstand:

Vermögensrechtliche / privatrechtliche Ansprüche gegenüber Dritten:

Haben Sie oder Ihr/e (verstorbene/r) Ehegatte/in in den letzten 10 Jahren Vermögen verschenkt, übertragen oder veräußert?		
Wenn ja, dann bitte folgende Angaben ergänzen:		☐ Nein
☐ Grundvermögen	☐ Geldvermögen	☐ Versicherungen
Verschenkt / übertragen / veräußert an:	Verschenkt / übertragen / veräußert an:	Verschenkt / übertragen / veräußert an:
Übertragen am:	Übertragen am:	Übertragen am:
Wert zum Zeitpunkt der Übertragung:	Wert zum Zeitpunkt der Übertragung:	Wert zum Zeitpunkt der Übertragung:

Besitzen Sie oder Ihr/e (verstorbene/r) Ehegatte/in Ansprüche aus vertraglichen Vereinbarungen?			
Wenn ja, dann bitte folgende Angaben ergänzen:			☐ Nein
☐ Wohnrecht	☐ Nießbrauchsrecht	☐ Recht auf Pflege	☐ Leibrente

Wurde die Pflegebedürftigkeit durch einen Unfall (oder sonstige Schädigung durch einen Dritten) verursacht?	
☐ ja	☐ nein

Unterhaltspflichtige Angehörige (Kinder, Ehegatte/in, Lebenspartner/in, Eltern, getrennt lebende/r Ehegatte/in, geschiedene/r Ehegatte/in):

Name / Geburtsname:	Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:		Verwandtschaftsverhältnis:
ausgeübter Beruf:	selbstständig / nicht selbstständig:	Jahresbruttoeinkommen über 100.000 €: ☐ ja ☐ nein
Name / Geburtsname:	Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:		Verwandtschaftsverhältnis:
ausgeübter Beruf:	selbstständig / nicht selbstständig:	Jahresbruttoeinkommen über 100.000 €: ☐ ja ☐ nein
Name / Geburtsname:	Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:		Verwandtschaftsverhältnis:
ausgeübter Beruf:	selbstständig / nicht selbstständig:	Jahresbruttoeinkommen über 100.000 €: ☐ ja ☐ nein
Name / Geburtsname:	Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:		Verwandtschaftsverhältnis:
ausgeübter Beruf:	selbstständig / nicht selbstständig:	Jahresbruttoeinkommen über 100.000 €: ☐ ja ☐ nein
Name / Geburtsname:	Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:		Verwandtschaftsverhältnis:
ausgeübter Beruf:	selbstständig / nicht selbstständig:	Jahresbruttoeinkommen über 100.000 €: ☐ ja ☐ nein

Erklärung:

Ich versichere, dass die gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich nach §§ 60 ff Sozialgesetzbuch -Allgemeiner Teil- (SGB I) zur Mitwirkung verpflichtet bin und alle Tatsachen und Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind, unverzüglich mitzuteilen habe. Dies gilt insbesondere für Änderungen der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse oder im Zusammenhang mit der Hilfe abgegebenen Erklärungen.

Nach § 66 SGB I kann eine beantragte Leistung abgelehnt werden bzw. eine bereits bewilligte Leistung eingestellt werden, wenn ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nachkomme.

Wenn ich bei Antragstellung **falsche Angaben** gemacht habe oder später eingetretene Veränderungen nicht unverzüglich mitteilen werde und dadurch der Sozialhilfeträger zu Unrecht Aufwendungen getragen hat, wird die Rückforderung der zuviel gezahlten Sozialhilfe vorbehalten.

Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in automatischen Datenverarbeitungsanlagen gespeichert werden.

Allgemeine Hinweise zum Datenschutz finden Sie auf der Homepage des Kreises Altenkirchen (www.kreis-altenkirchen.de) unter:

Datenschutz (unten beim Impressum), Datenschutzerklärungen der Fachbereiche, Sozialhilfe Eingliederungshilfe.

Dort finden Sie entsprechend auch eine Datenschutzerklärung in einfacher Sprache (Datenschutzerklärung Sozialhilfe, Eingliederungshilfe (einfache Fassung)).

Auf Ihren ausdrücklichen Wunsch hin übersenden wir Ihnen die Datenschutzerklärung auch in ausgedruckter Form.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Antragssteller/in bzw.
gesetzl. Betreuer/in, Bevollmächtigte/r)

Einverständniserklärung

Ich, _____, geb. am _____,
Krankenversicherungs-Nr.: _____, erkläre mich damit
einverstanden, dass die Kreisverwaltung Altenkirchen als zuständiger
Sozialhilfeträger das sozialmedizinische Gutachten der Pflegekasse einsehen kann
und gleichzeitig dem Sozialhilfeträger eine Kopie des Bescheides einschließlich des
Gutachtens zugeleitet werden kann. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten
zum Zwecke der Bedarfsermittlung an den zuständigen Pflegestützpunkt übermittelt
werden.

Sollten sonstige Rückfragen bei anderen Behörden, Arbeitgebern,
Rentenversicherungen oder sonstigen Körperschaften des öffentlichen und
privaten Rechts notwendig sein, werden diese ebenfalls von der Schweigepflicht im
Rahmen des Datenschutzes entbunden.

Darüber hinaus berechtere ich die Kreisverwaltung Altenkirchen mit meinem Alten-
und Pflegeheim für die Sozialhilfegewährung notwendigen Daten (wie Höhe meines
Einkommens etc.) auch telefonisch oder per E-Mail abzugleichen.

Altenkirchen, den _____

(Unterschrift Antragsteller/in; gesetzl.
Betreuer/in; Bevollmächtigte/

Benötigte Unterlagen bzw. Nachweise für die Übernahme der ungedeckten Heimkosten durch das Sozialamt:

- Vollmacht oder Betreuungsurkunde
- Schwerbehindertenausweis und/oder Bescheid hierzu
- Entscheidung der Pflegekasse über den Pflegegrad/Kostenübernahmebescheid
- Einkommensunterlagen (Rentenbescheide)
- Bescheid über die Grundrentenzeiten
- Kontoauszüge der letzten 3 Monate
- Kontostände zum Stand 31.12. für die letzten 3 Jahre (von allen bestehenden Konten)
- aktuelle Versicherungsscheine über Lebensversicherungen, Sterbegeldversicherungen, Bausparverträge
- Sparbücher, Bargeld, sonstiges Vermögen
- notarielle Verträge (z. B. Wohnrechte, Nießbrauchrechte, Übergabeverträge)
- nur bei Mietern: Mietvertrag
- Steueridentifikationsnummer, welche Ihnen vom Bundeszentralamt für Steuern mitgeteilt wurde
(Bitte beachten: Hier ist nicht die Steuernummer gemeint!)
Sollte Ihnen Ihre Steueridentifikationsnummer nicht bekannt sein, besteht die Möglichkeit, diese bei der örtlichen Verbandsgemeindeverwaltung anzufordern.
- nur bei Hausbesitz: Lageplan, Grundrisszeichnungen, Wohnfläche

Sollte eine persönliche Antragsaufnahme hier im Hause gewünscht sein, erfolgt diese nur nach vorheriger Terminvereinbarung mit den Sachbearbeitern:

Sebastian Boketta, Telefon: 02681/81-2476, E-Mail: sebastian.boketta@kreis-ak.de

Kristin Cremer, Telefon: 02681/81-2473, E-Mail: kristin.cremer@kreis-ak.de

Jonas Möhrke, Telefon: 02681/81-2428, E-Mail: jonas.moehrke@kreis-ak.de

Martina Stötzel, Telefon: 02681/81-2417, E-Mail: martina.stoetzel@kreis-ak.de

Harald Weller, Telefon: 02681/81-2474, E-Mail: harald.weller@kreis-ak.de

Beiblatt für die Unterkunftskosten bei Wohneigentum:

Art	monatlicher Betrag
Wohngebäudeversicherung	
Müllgebühren	
Grundsteuer	
Wasser/Abwasser	
Kosten für Heizung	
Strom	
Kosten Schornsteinfeger	