

Kreis Mettmann
 Sozialamt
 50-22
 Düsseldorfer Str. 47
 40822 Mettmann

vom Amt auszufüllen

Bekanntgabe: _____
 Eingang: _____

Antrag auf Hilfen bei Pflegebedürftigkeit in Einrichtungen

- Antrag auf Pflegewohngeld (bitte beifügen: Anlagen A, B, C, D, E, F, G, H, I)**
- Antrag auf Pflegewohngeld und Sozialhilfe (bitte beifügen: Anlagen A-K)**
 - Kurzzeitpflege Verhinderungspflege dauerstationäre Pflege
- Antrag auf Sozialhilfe (bitte beifügen: Anlagen A-K, ohne E)**

Hinweise

- Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Für die Antragstellung ist ein sorgfältiger, vollständiger und wahrheitsgemäß ausgefüllter Antrag erforderlich.
- Alle Angaben sind durch Vorlage entsprechender Belege nachzuweisen.
- Die Datenerhebung im Zusammenhang mit diesem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 S. 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X.
- Die Verpflichtung zur Mitwirkung ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I). Sofern Sie dieser Verpflichtung nicht nachkommen, kann beantragte Hilfe nach § 66 Abs. 1 SGB I ganz oder teilweise versagt werden.
- Die im Rahmen dieses Antrags gemachten Angaben zum vorhandenen Vermögen können durch eine Kontenabfrage nach § 93 Abs. 8 Abgabenordnung (AO) beim Bundeszentralamt für Steuern überprüft werden.
- Sollten aufgrund falscher oder fehlender Angaben Sozialleistungen zu Unrecht bewilligt werden, sind diese zu erstatten. Soweit der Tatbestand des Betruges nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) erfüllt ist, hat dies strafrechtliche Folgen.

Angaben zur antragstellenden Person und dessen/deren Partner/in

	antragstellende/ pflegebedürftige Person	<input type="checkbox"/> Ehepartner_in <input type="checkbox"/> Lebenspartner-in <input type="checkbox"/> Lebensgefährte/Lebensgefährtin
Name		
Vorname		
Geburtsname		
Namen aus früheren Eheschließungen		
Geburtsdatum		
Geburtsort und Kreis		
Steueridentifikationsnummer		
Pflegegrad		
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> nein Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ja, Grad der Behinderung: Merkmal „G“ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ja, Grad der Behinderung: Merkmal „G“ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Weitere Angaben zur antragstellenden Person

Anschrift vor Heimaufnahme _____

Familienstand ledig verheiratet verwitwet nichteheliche Lebensgemeinschaft
 eingetragene Lebenspartnerschaft getrennt lebend geschieden
seit _____

Bei Scheidung Urteil vom _____ rechtskräftig seit _____
Gericht _____
Unterhaltsregelung/Versorgungsausgleich ja nein

Staatsangehörigkeit deutsch
andere: _____

Aufenthaltsrechtlicher Status Duldung/Visum, gültig bis: _____
 Niederlassungserlaubnis Aufenthaltserlaubnis, gültig bis: _____
(als Nachweis immer Kopie Ausweis, Pass oder Aufenthaltstitel beifügen)

Vertretungsberechtigte Person

nein, nicht vorhanden
 ja, durch Vollmacht/Vorsorgevollmacht ja, als vom Amtsgericht bestellte/r Betreuer_in

Name und Anschrift _____

Telefon/Mailadresse _____

Weitere Personen im Haushalt

- Name, Vorname _____ Verwandtschaftsverhältnis _____
Geburtsdatum _____ Beruf _____
- Name, Vorname _____ Verwandtschaftsverhältnis _____
Geburtsdatum _____ Beruf _____

Angaben zu Angehörigen außerhalb der Haushaltsgemeinschaft

(leibliche Kinder, Adoptivkinder, Eltern, geschiedene oder getrennt lebende Ehepartner_innen/Lebenspartner_innen/Lebensgefährten/Lebensgefährtinnen)

nein ja, bitte **Anlage K** ausfüllen

Wohn- und Aufenthaltsverhältnisse

Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung _____

Datum der Heimaufnahme _____

Zimmerart Einzelzimmer Mehrbettzimmer

Aufenthaltort in den letzten zwei Monaten vor Heimaufnahme, sofern nicht die Wohnanschrift vor Heimaufnahme

Kurzzeitpflege nein ja, von _____ bis _____

Der Entlastungsbeitrag der Pflegekasse ist vorrangig für die Kosten der Kurzzeitpflege einzusetzen!

Verhinderungspflege nein ja, von _____ bis _____

Leistungen der Kriegsofopferfürsorge (KOF)

Beziehen Sie Kriegsofopferfürsorge? nein ja, in Höhe von _____ €/mtl.

Folgende Angehörige (Ehegatten, Eltern, Kinder) sind

- durch Kriegsereignisse gefallen, vermisst bzw. an Kriegsleiden verstorben oder
- in Ausübung des Wehr-/Zivildienstes, durch Gewalttaten oder durch Impfungen geschädigt oder verstorben oder
- Geschädigte von rechtsstaatswidrigen Entscheidungen der ehemaligen DDR

1. Name, Vorname _____ Verwandtschaftsverhältnis _____
Geburtsdatum _____

Kosten der Unterkunft (Haushalt vor Aufnahme in die Pflegeeinrichtung)

Anzahl der im Haushalt lebenden Personen _____

Größe der Wohnfläche _____ qm

Art der Unterkunft

Haus- und Grundvermögen → bitte Anlage H ausfüllen
→ Vorlage einer Rentabilitätsberechnung,
d. h. eine Aufstellung der Einnahmen und Kosten Ihres Eigentums

Mietwohnung → bitte Anlage F Mietbescheinigung vorlegen
Höhe der Kautio: _____ €
Die Wohnung wurde zum _____ gekündigt.

Kranken- und Pflegeversicherung

Pflegebedürftige Person

Name der Versicherung _____

Versicherungsnummer _____

Art der Versicherung pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert

Mitgliedschaft seit _____

Die pflegebedürftige Person hat vor der dauerstationären Heimaufnahme Leistungen vom Jobcenter bezogen nein ja, der Antrag auf freiwillige Kranken- und Pflegeversicherung wurde am _____ gestellt. Nachweis liegt bei!

Haushaltsangehörige Person

Name der Versicherung _____

Versicherungsnummer _____

Art der Versicherung pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert

Mitgliedschaft seit _____

Erklärung

Ich werde die für meine stationäre Pflege entstehenden Kosten voraussichtlich nicht aus den Leistungen der Pflegeversicherung, meinem Einkommen und Vermögen und sonstigen Leistungen unter Berücksichtigung eines monatlichen Barbetrages zur persönlichen Verfügung selbst tragen können.

Bei Antrag auf Pflegewohngeld

Mir ist bekannt, dass Pflegewohngeld gemäß § 14 Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen (APG NRW) grundsätzlich vom Einsatz des Einkommens und Vermögens abhängig ist und ich verpflichtet bin, meine gesamten Einkünfte vom Tag der Heimaufnahme an zur Deckung der Aufenthaltskosten einzusetzen.

Bei Antrag auf Sozialhilfe

Mir ist bekannt, dass Leistungen der Sozialhilfe nach dem SGB XII grundsätzlich vom Einsatz des Einkommens und Vermögens abhängig ist und ich verpflichtet bin, meine gesamten Einkünfte vom Tag der Heimaufnahme an zur Deckung der Aufenthaltskosten einzusetzen.

Die nachfolgenden Anlagen sind Bestandteil meines Antrags:

- Anlage A: Vollmacht/Bestellungsurkunde oder andere Vorsorgevollmacht
- Anlage B: Erklärung über die Einkommens- und Vermögensverhältnisse der/des Pflegebedürftigen
- Anlage C: Erklärung über die Einkommens- und Vermögensverhältnisse von Ehepartner_in/
Lebenspartner_in/Lebensgefährten/Lebensgefährtin
- Anlage D: Bankauskunft
- Anlage E: Antrag auf Pflegewohngeld (Einrichtung)
- Anlage F: Mietbescheinigung
- Anlage G: Eigentum (Wohnen in einer Mietwohnung schließt Eigentum nicht aus!)
- Anlage H: Erhebungsbogen zur Wertermittlung bei Haus- und Grundbesitz
- Anlage I: Erklärung
- Anlage J: Erklärung zum Zuzahlungsdarlehen
- Anlage K: Unterhalt

Ich erkläre, dass ich über meine Vermögensverhältnisse wahrheitsgemäße und vollständige Angaben gemacht habe. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unwahre Angaben strafrechtliche Folgen wegen Betruges (§ 263 StGB) nach sich ziehen können und zu Unrecht gezahlte Sozialleistungen zurückzuzahlen sind.

Ort, Datum

Unterschrift

Antragsteller_in

Betreuer_in

Bevollmächtigte/r