


# Kreisverwaltung Darmstadt-Dieburg

Fachbereich Soziales und Teilhabe

540.6 - Ambulante Pflege

Jägertorstr. 207

64289 Darmstadt

 06151 / 881 - 0



## Antrag auf Hilfe zur Pflege im häuslichen Bereich

**Beantragte Leistung:**

**Pflegegeld**

**Ambulanter Pflegedienst**  
(bitte Punkt B ausfüllen)

**Sonstiges:** \_\_\_\_\_

### **A: Angaben zur Person:**

|  |   |                      |                              |
|--|---|----------------------|------------------------------|
| 1  | Name, ggf. Geburtsname:   |                      |                              |
| 2  | Vorname:  | Staatsangehörigkeit: |                              |
| 3  | Geburtsdatum:   | Geburtsort:          |                              |
| 4  | Familienstand (ledig, verheiratet, getrennt lebend, geschieden, verwitwet):   |                      | seit:                        |
| 5  | Liegt eine Schwerbehinderung vor?<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja  |                      | Umfang der Behinderung in %: |
| 6  | Steueridentifikationsnummer des Bundeszentralamtes für Steuern (11-stellig)   |                      |                              |
| Wer vertritt Sie ggf. in dieser Angelegenheit? |   |                      |                              |
| 8  | Name:   |                      |                              |
| 9  | Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort):  |                      |                              |
| 10   | Telefon:  | Fax:                 | E-Mail:                      |
| 11   | tätig als:<br><input type="checkbox"/> amtlich bestellte/r Betreuer/in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r <input type="checkbox"/> Ansprechpartner/in |                      |                              |

**B: Angaben zum ambulanten Pflegedienst:**

|    |                           |      |         |
|----|---------------------------|------|---------|
| 12 | Name der Einrichtung:     |      |         |
| 13 | Straße:                   |      |         |
| 14 | Postleitzahl / Ort:       |      |         |
| 15 | Telefon:                  | Fax: | E-Mail: |
| 17 | Datum der Erstbehandlung: |      |         |

**C: Angaben zur Pflege- und Krankenversicherung:**

|    |   |                                       |
|----|---|---------------------------------------|
| 18 | Name der Versicherung:  | Versicherungsnummer:                  |
| 19 | Straße:   |                                       |
| 20 | Postleitzahl / Ort:   |                                       |
| 21 | Wann wurde ein Antrag auf Pflegeversicherungsleistungen gestellt? |                                       |
| 22 | Wurde bereits ein Pflegegrad festgestellt?                        |                                       |
|    | <input type="checkbox"/> ohne Pflegegrad                          | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 |
|    | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2                             | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 |
|    | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4                             | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 |

|    |  |                                |
|----|--|--------------------------------|
| 23 | Bestehen Ansprüche auf Beihilfeleistungen aus einem beamtenrechtlichen Dienstverhältnis? |                                |
|    | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja    |
| 24 | Beihilfestelle:  | Personalnummer / Aktenzeichen: |
| 25 | Straße:  |                                |
| 26 | Postleitzahl / Ort:  |                                |
| 27 | Telefon:   | Fax:                           |
|    |  | E-Mail:                        |

|    |  |                             |
|----|--|-----------------------------|
| 28 | Beziehen Sie Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem sechsten Kapitel SGB XII? |                             |
|    | <input type="checkbox"/> Nein  | <input type="checkbox"/> Ja |

**D: Angaben über Einkommensverhältnisse:**

| Name des/der Einkommens-<br>beziehers/in; bei Verheirateten<br>auch des Ehegatten: |  | Einkommensart:                           | Betrag: |
|--|--|--|---------|
| 29   |  | Altersruhegeld:                          |         |
| 30   |  | Witwenrente:                             |         |
| 31   |  | Zusatzrente:                             |         |
| 32   |  | Firmenrente:                             |         |
| 33   |  | Leistungen nach dem<br>SGB II / SGB XII: |         |
| 34   |  | Entschädigungsrente:                     |         |
| 35   |  | Erträge aus Vermietung:                  |         |
| 36   |  | Erträge aus Verpachtung:                 |         |
| 37   |  | Zinserträge:                             |         |
| 38   |  | Sonstiges Einkommen:                     |         |
| <b>Gesamtbetrag:</b>   |  |  |         |

**E: Angaben zu den Unterkunftskosten:**

|    |  |                       |
|----|--|-----------------------|
| 39 | Monatliche Kaltmiete:  |                       |
| 40 | Heizkosten:  |                       |
| 41 | Sonstige Nebenkosten:  |                       |
| 42 | Wohnungskaution:   |                       |
| 43 | Wohnungsgröße:   |                       |
| 44 | Bestehen Wohngeldansprüche?<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | wenn ja, in Höhe von: |

**F: Angaben über Vermögensverhältnisse:**

| Vermögenswerte des/der Antragstellers/in und des nicht getrennt lebenden Ehegatten: |   | Konto-/Vertragsnummer: | Institut:      | aktueller Bestand am:           | Betrag: |
|---|---|------------------------|----------------|---------------------------------|---------|
| 45  | Girokonto:  |                        |                |                                 |         |
| 46  | Girokonto:  |                        |                |                                 |         |
| 47  | Sparbuch:   |                        |                |                                 |         |
| 48  | Sparbuch:   |                        |                |                                 |         |
| 49  | Aktien/Wertpapiere:                                       |                        |                |                                 |         |
| 50  | Festgeld/Sparbrief:                                       |                        |                |                                 |         |
| 51  | Geschäftsanteile:   |                        |                |                                 |         |
| 52  | Lebensversicherung:                                       |                        |                |                                 |         |
| 53  | Sterbegeld-Versicherung:                                  |                        |                |                                 |         |
| 54  | Bestattungsvorsorgevertrag:                               |                        |                |                                 |         |
| 55  | Sonstiges:  |                        |                |                                 |         |
| <b>Gesamtbetrag:</b>  |   |                        |                |                                 |         |
| Sind Sie oder Ihr Ehegatte Eigentümer von Grund-, Haus- oder Wohnungseigentum?      |   |                        |                |                                 |         |
| 56  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |                        |                | Verkehrswert:                   |         |
| 57  | Gemarkung:  |                        | Flur:          | Flurstück:                      |         |
| 58  | Grundstücksgröße:   |                        | Baujahr:       | Anzahl der Wohnungen:           |         |
| Sind Sie oder Ihr Ehegatte Halter eines Kraftfahrzeuges?                            |   |                        |                |                                 |         |
| 59  | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |                        |                | Wenn ja, amtliches Kennzeichen: |         |
| 60  | Hersteller:   | Modell:                | Erstzulassung: | Kilometerstand:                 |         |

**G: Angaben über privatrechtliche Ansprüche gegenüber Dritten:**

|   |   |                                     |              |
|---|---|-------------------------------------|--------------|
| Haben sie innerhalb der letzten 10 Jahre Vermögen veräußert, übertragen und/oder verschenkt?  |   |                                     |              |
| 61  | <input type="checkbox"/> Nein                         | <input type="checkbox"/> Ja         |              |
| <b>Art des Vermögens:</b>   | <b>übertragen/verschenkt an:</b>                      | <b>Datum:</b>                       | <b>Wert:</b> |
| 62  | Grundvermögen:  |                                     |              |
| 63  | Geldvermögen:   |                                     |              |
| 64  | Versicherungen:                                       |                                     |              |
| Besitzen Sie Ansprüche aus vertraglichen Vereinbarungen?<br>(Wohnrecht, Einsitzrecht, Nießbrauchrecht und/oder Recht auf Wartung und Pflege?) |   |                                     |              |
| 65  | <input type="checkbox"/> Nein                         | <input type="checkbox"/> Ja         |              |
| wenn ja, Art des vertraglichen Anspruches:  |   |                                     |              |
| 66  | <input type="checkbox"/> Wohnrecht/Einsitzrecht       | <input type="checkbox"/> Nießbrauch |              |
|   | <input type="checkbox"/> Recht auf Wartung und Pflege | <input type="checkbox"/> Leibrente  |              |
| Haben Sie Schadenersatzansprüche gegenüber Dritten?   |   |                                     |              |
| 67  | <input type="checkbox"/> Nein                         | <input type="checkbox"/> Ja         |              |
| 68  | wenn ja, gegenüber wem?                               |                                     |              |
| 69  | Anschrift:  |                                     |              |

**H: Angaben über Kinder und Ehepartner/-in** (unterhaltspflichtige Angehörige):

|    |                             | 1. | 2. | 3. | 4. |
|----|-----------------------------|----|----|----|----|
| 70 | Name, ggf.<br>Geburtsname:: |    |    |    |    |
| 71 | Vorname:                    |    |    |    |    |
| 72 | Geburtsdatum:               |    |    |    |    |
| 73 | Straße,<br>Hausnummer:      |    |    |    |    |
| 74 | Postleitzahl:               |    |    |    |    |
| 75 | Wohnort:                    |    |    |    |    |
| 76 | Beruf:                      |    |    |    |    |

(Bei mehr als vier unterhaltspflichtigen Angehörigen bitte zusätzliches Blatt verwenden)

**Erklärung des / der Hilfesuchenden oder des / der gesetzlichen Vertreters/in für die / den Hilfesuchende/n:**

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind - insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel - unverzüglich und unaufgefordert der bewilligenden Stelle mitzuteilen.

Im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach dem Sozialgesetzbuch (§§ 60-67 SGB I) bin ich verpflichtet, die Ärzte, die mich behandeln oder behandelt haben oder denen ich vorgestellt worden bin oder werde, auf Aufforderung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Hilfe zu entbinden, soweit dies für die Gewährung der Hilfe erforderlich ist.

Zur Auskunftserteilung durch Ärzte, Banken/Sparkassen usw. ist im Einzelfalle noch eine besondere Erklärung notwendig. Das Merkblatt M (Auszug aus dem Sozialgesetzbuch über die Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten) habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

**Komme ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrages, bzw. zur Einstellung bereits gewährter Leistungen führen (§ 66 SGB I).** Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist.

**Ich nehme zur Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert werden.**

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der nachfragenden Person bzw. ihres/r gesetzlichen Vertreters/in oder Betreuers/in, falls dieser Antragsteller/in ist)

### **Erforderliche Unterlagen zur Antragsbearbeitung**

- ⇒ Aktueller Bescheid der Pflegekasse, welche Leistungen bei der ambulanten Pflege aus Mitteln der Pflegeversicherung gewährt werden.
- ⇒ Vollständiges Gutachten des Medizinischen Dienstes, aus welchem ersichtlich ist, für welche Verrichtungen Hilfe benötigt wird; auch bei Ablehnung einer Pflegestufe durch die Pflegekasse.
- ⇒ Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung oder von sonstigen medizinischen Unterlagen, aus welchen der beantragte Hilfebedarf hervorgeht.
- ⇒ Sofern vorhanden: Kopie des Schwerbehindertenausweis (Vorder- und Rückseite).
- ⇒ Bei beabsichtigter Beauftragung eines ambulanten Pflegedienstes Kostenvoranschlag über die geplante pflegerische Versorgung oder Kopie eines etwaig bereits bestehenden Pflegevertrages.
- ⇒ Einkommensnachweise der antragstellenden Person und ggf. deren nicht getrennt lebenden Ehepartners (gültige Rentenanpassungsmitteilung, Bescheide über die Gewährung von Versorgungsbezügen, BVG-, LAG-, Firmen-, Zusatz- und sonstige Renten sowie Einkünfte aller Art wie zum Beispiel auch Miet- und Pachteinnahmen).
- ⇒ Lückenlose Kopie der Girokontoauszüge der letzten drei Monate.
- ⇒ Nachweise zu sämtlichen Sparbüchern, Sparbriefen, Wertpapieren sowie sämtlicher anderer Anlagekonten inklusive aktuellem Stand.
- ⇒ Sofern Schuldverpflichtungen bestehen: entsprechende Nachweise.
- ⇒ Bestätigung der kontoführenden Bank/en welche Konten, Sparbücher, Sparbriefe und sonstige Sparanlagen aktuell geführt werden (auch Kundenfinanzstatus oder Gesamtengagement genannt).
- ⇒ Nachweis über aktuelle Rückkaufswerte bestehender Lebens- und Sterbegeldversicherungen.
- ⇒ Vollständige Kopien sämtlicher Übergabeverträge, Kauf-, Schenkungs- und Bestattungsvorsorgeverträge.
- ⇒ Nachweise zu den Unterkunftskosten (Mietvertrag); alternativ eine Vermieterbescheinigung.
- ⇒ Sofern die pflegebedürftige Person den Antrag nicht mehr selbst stellen kann, wird um Vorlage einer Vollmacht oder des amtlichen Betreuerausweises gebeten.
- ⇒ Wurde bei der antragstellenden Person eine demenzielle Erkrankung ärztlich diagnostiziert?