



**Antrag auf Übernahme der Kosten  
für die Betreuung in Pflegeeinrichtungen**

**A: Angaben zur Person:**

1	Name, ggf. Geburtsname:		
2	Vorname:	Geburtsdatum:	
3	Staatsangehörigkeit:	Falls keine deutsche Staatsangehörigkeit, aktueller aufenthaltsrechtlicher Status:	
4	Geburtsort:	Wenn nicht in Deutschland geboren, wann erfolgte die Einreise nach Deutschland?	
5	Familienstand (ledig, verheiratet, getrennt lebend, geschieden, verwitwet):		seit:
6	Liegt eine Schwerbehinderung vor? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Falls ja: ist das Merkzeichen „G“ oder „aG“ eingetragen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Falls ja: Grad der Behinderung (GdB) in %:
7	Steueridentifikationsnummer des Bundeszentralamtes für Steuern (11-stellig):		
<b>Wo haben Sie zwei Monate vor Aufnahme in der Pflegeeinrichtung gewohnt?</b>			
8	Straße:		
9	Postleitzahl / Wohnort:		
<b>Wer vertritt Sie ggf. in dieser Angelegenheit?</b>			
10	Name:		
11	Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort):		
12	Telefon:	Fax:	E-Mail:
13	tätig als: <input type="checkbox"/> amtlich bestellte/r Betreuer/in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r <input type="checkbox"/> Ansprechpartner/in		

**B: Angaben zur Pflegeeinrichtung:**

14	Name der Einrichtung:		
15	Straße:		
16	Postleitzahl / Ort:		
17	Telefon:	Fax:	E-Mail:
18	Art der Betreuung: <input type="checkbox"/> Tagespflege <input type="checkbox"/> vollstationäre Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> vollstationäre Dauerpflege		
19	Aufnahmedatum:		

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

20	Name der Versicherung:	Versicherungsnummer:
21	Straße:	
22	Postleitzahl / Ort:	
23	Wann wurde ein Antrag auf Pflegeversicherungsleistungen gestellt?	
24	Falls bereits ein Antrag gestellt wurde und Pflegekassenleistungen gewährt werden, seit wann werden Leistungen der vollstationären Dauerpflege nach § 43 SGB XI bezogen?	
25	Wurde bereits ein Pflegegrad festgestellt? <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5	

26	Bestehen Ansprüche auf Beihilfeleistungen aus einem beamtenrechtlichen Dienstverhältnis? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
27	Beihilfestelle:	Personalnummer / Aktenzeichen:

**D: Angaben über Einkommensverhältnisse:**

<b>Name des/der Einkommens- beziehers/in; bei Verheirateten auch des Ehegatten:</b>		<b>Einkommensart:</b>	<b>Betrag:</b>
28		Altersrente:	
29		Erwerbsminderungsrente:	
30		Witwenrente:	
31		Zusatzrente:	
32		Firmenrente:	
33		Leistungen der Grundsicherung:	
34		Entschädigungsrente:	
35		Erträge aus Vermietung und Verpachtung:	
36		Zinserträge:	
37		Sonstiges Einkommen:	
<b>Gesamtbetrag:</b>			

**E: Angaben über Unterkunftskosten bis zur Aufnahme in die  
Pflegeeinrichtung:**

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

**F: Angaben über Vermögensverhältnisse** (nichtzutreffendes bitte streichen):

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

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

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

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

		1.	2.	3.	4.
69	Name, ggf. Geburtsname:				
70	Vorname:				
71	Geburtsdatum:				
72	Straße, Hausnummer:				
73	Postleitzahl:				
74	Wohnort:				
75	Beruf:				

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

## **Erklärung der nachfragenden Person oder ihrer gesetzlichen Vertretung:**

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 über die Mitwirkungspflichten 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. ihrer gesetzlichen Vertretung oder Betreuung, falls dieser Antragsteller/in ist)

## **Erforderliche Unterlagen zur Antragsbearbeitung**

- ⇒ Aktueller Bescheid der Pflegekasse, welche Leistungen bei der stationären Pflege aus Mitteln der Pflegeversicherung gewährt werden. Sofern von Seiten der Pflegeversicherung keine stationären Pflegeleistungen gewährt werden (kein Pflegegrad oder lediglich Pflegegrad 1 zugesprochen), wird um Vorlage einer vollständigen Kopie des aktuellen Gutachtens des Medizinischen Dienstes gebeten, aus welchem die Notwendigkeit einer Heimaufnahme hervorgeht.
- ⇒ Kopie des bei der Heimaufnahme erstmalig zwischen Heimbewohner und Pflegeeinrichtung geschlossenen Heimvertrages.
- ⇒ Aktuelle Einkommensnachweise der leistungsbeanspruchenden Person(en) (Heimbewohner sowie ggfs. Lebens-/Ehepartner) (Erstbescheid der Rentenversicherung, gültige Rentenanpassungsmitteilungen, Bescheide über die Gewährung von Versorgungsbezügen, BVG-, LAG-Renten, Firmen- und sonstige Renten, Einkünfte aller Art).
- ⇒ Girokontoauszüge der letzten drei Monate vor der Antragstellung
- ⇒ vollständige Kopien sämtlicher Sparbücher, Sparbriefe und Wertpapiere
- ⇒ Aufstellung aller kontoführenden Bank/en, welche Konten oder sonstige Anlagen dort jeweils aktuell geführt werden mit der Angabe des jeweils aktuellen Kontosaldo (z.B. Gesamtengagement (Volksbank), Kundenfinanzstatus (Sparkasse)).  

Wir weisen darauf hin, dass hierfür entstehende Gebühren im üblichen Rahmen nach den Regelungen über die Mitwirkungspflichten im Sozialhilfe-Antragsverfahren aus Eigenmitteln zu tragen sind.
- ⇒ Nachweis über Rückkaufswerte bestehender Lebens- und Sterbegeldversicherungen.
- ⇒ Vollständige Kopien sämtlicher Übergabe-, Kauf- und Schenkungsverträge sowie Bestattungsvorsorgeverträge.
- ⇒ Nachweise zu den Unterkunfts-kosten bis zu Heimaufnahme (Mietvertrag) und Mitteilung über den Zeitpunkt der Wohnungsauflösung.
- ⇒ Fotokopie einer Vollmachterklärung, bzw. eines Betreuerausweises.
- ⇒ Schwerbehindertenausweis (Vorder- und Rückseite)