



Sozialverwaltung – Abteilung Altenhilfe – Hans- Scholl- Straße 1, 34576 Homberg (Efze)

**Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB)
Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe -**

Übernahme der ungedeckten Heimpflegekosten

Die Aufnahme ist erfolgt/soll erfolgen	
	Name der Einrichtung: _____ Aufnahmetag: _____
1	<input type="checkbox"/> stationär _____
2	<input type="checkbox"/> teilstationär _____
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege	
3	<input type="checkbox"/> besondere Wohnform (Betreutes Wohnen/Wohnpflegeheim)
4	<input type="checkbox"/> freiwillig
5	<input type="checkbox"/> auf Antrag des/der <input type="checkbox"/> Personensorgeberechtigten <input type="checkbox"/> Vormunds <input type="checkbox"/> Betreuers/Betreuerin
6	<input type="checkbox"/> aufgrund HFEG
6.1	<input type="checkbox"/> § 1 HFEG aufgrund gerichtlichen Beschluss vom _____ Az. des Gerichts: _____
6.2	<input type="checkbox"/> § 10 HFEG aufgrund polizeilicher Anordnung vom _____
7	<input type="checkbox"/> sonstige Rechtsgrundlage: _____ Az. des Gerichts: _____ <small>(bitte angeben, z.B.: § 1906 BGB)</small>

Angaben zur nachfragenden Person (Heimbewohner)

8	Name:		
9	Vorname:		
10	Ggf. Geburtsname:		
11	Straße, Hausnummer:		
12	PLZ:	Wohnort - letzter Wohnort vor der Aufnahme:	
13	Telefon:	Fax:	E-Mail-Adresse:
14	Geb.-Datum:	Staatsangehörigkeit:	
15	Geburtsort und -kreis:		
16	Geschlecht:	Familienstand (ledig/verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft/eheähnliche Gemeinschaft/getr. lebend/geschieden/verwitwet): Name des/der Lebensgefährten/in/Ehegatte:	seit:
17	Ausgeübter Beruf:		

18	<p>Wurde ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt/beantragt?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja - ausgestellt am: _____ durch: _____ Az.: _____ GdB: _____</p> <p>- beantragt am: _____ bei: _____</p> <p style="text-align: center;">(Wenn bereits ein Schwerbehindertenausweis vorhanden ist, bitte Kopie beifügen!)</p>
19	<p>Besteht ein Betreuungsverhältnis bzw. eine Vorsorgevollmacht?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> eingeleitet am: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, Name, Anschrift: _____</p> <p>Telefon: _____ Fax: _____ E-Mail-Adresse: _____</p> <p>Bestellung durch Amtsgericht: _____</p> <p style="text-align: center;">(Bitte Kopien beifügen! Aus den Unterlagen muss der Aufgabenkreis hervorgehen.)</p>
20	<p>Wurde die Anerkennung als Aussiedler/Aussiedlerin/Vertriebener/Vertriebene/Asylberechtigter/Asylberechtigte beantragt?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, am: _____ Ergebnis: _____</p> <p style="text-align: center;">(Ggf. Kopien des Anerkennungsbescheides beifügen!)</p>

Aufenthaltsverhältnisse

21	<p>Aufenthalt der letzten 2 Monate vor der Aufnahme (ist auszufüllen, wenn der Wohnort der letzten 2 Monate nicht mit dem bereits vorgenannten Wohnort übereinstimmt):</p> <p>von _____ bis _____ Straße, Ort _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
22	<p>Erfolgte die Einreise aus dem Ausland?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, am: _____ aus: _____</p> <p style="text-align: center;">(Zeit und Ort des Grenzübertritts)</p>
23	<p>Wurde nach dem Grenzübertritt Sozialhilfe bezogen?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, von: _____ bis: _____ zahlende Stelle: _____</p>

Prüfung der Ansprüche nach dem Hessischen Freiheitsentziehungsgesetz (HFEG)

24	<p>Bei Unterbringung nach dem HFEG bitte Beginn _____ und Ende _____ der HFEG-Unterbringung angeben.</p> <p>(Bitte Kopien des gerichtlichen Unterbringungs- und ggf. Aufhebungsbeschlusses bzw. der polizeilichen Anordnung beifügen!)</p>
----	---

Prüfung der Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

25	<p>Bestehen Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder analog anzuwendender Gesetze (z.B. Soldatenverorgungs-, Zivildienst-, Häftlingshilfe-, Infektionsschutz-, Opferentschädigungsgesetz)?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, als: <input type="checkbox"/> Beschädigter/Beschädigte <input type="checkbox"/> Hinterbliebener/Hinterbliebene (Witwer/Witwe/Waise/Eltern)</p> <p style="text-align: center;">(Bitte Kopie des Bescheides beifügen!)</p>
26	<p>Hat ein Familienangehöriger/eine Familienangehörige (Eltern, Ehegatte, eingetragene/r Lebenspartner/in sonstige/r Angehöriger/Angehörige in häuslicher Gemeinschaft) Ansprüche als Beschädigter nach den vorgenannten Gesetzen?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, Verwandtschaftsverhältnis: _____</p> <p style="text-align: center;">(Bitte Kopie des Bescheides des Amtes für Versorgung und Soziales beifügen!)</p>

Anspruch gegen Dritte

27	<p>Besteht eine Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung/Pflegeversicherung?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Name, Anschrift: _____ Versicherungs-Nr.: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, bei: _____</p> <p><input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> als Fam.-Angehörige/r des/der _____</p> <p><input type="checkbox"/> freiw. Mitglied <input type="checkbox"/> Rentenantragsteller/in <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> nach § 264 SGB V</p> <p>(Sofern vorhanden, bitte Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bzw. Bescheid über die Festsetzung des Pflegegrades beifügen!)</p>
28	<p>Wurde dort die Kostenübernahme beantragt?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein Pflegegrad _____ Pflegestufe bis zum 31.12.2016 _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, am: _____ Besitzstandsbeitrag _____</p> <p>(Soweit über den Antrag entschieden ist, bitte Kopie des Bescheides beifügen!)</p>
29	<p>Sind weiterführende Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX erforderlich?</p> <p>Aufgrund von</p> <p><input type="checkbox"/> psychiatrischen Erkrankungen</p> <p><input type="checkbox"/> Beatmungspflicht</p> <p><input type="checkbox"/> psychische und seelische Beeinträchtigungen von/nach Abhängigkeitserkrankungen</p>
30	<p>Bestehen Ansprüche gegen einen Rentenversicherungsträger (ist nur dann auszufüllen, wenn der/die Antragsteller/in nicht bereits Rentenempfänger/in ist), weil mehr als 180 Beitragsmonate nachgewiesen wurden?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Name, Anschrift: _____ Vers.-Nr. inkl. Postabrechnungs-Nr.: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, bei: _____</p>
31	<p>Wurde dort die Kostenübernahme beantragt?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, am: _____</p> <p>(Soweit über den Antrag entschieden ist, bitte Kopie des Bescheides beifügen!)</p>
32	<p>Ist die Behinderung bzw. Beeinträchtigung auf einen Unfall bzw. eine andere schadensersatzpflichtige Handlung durch eine andere Person oder eine Berufskrankheit zurückzuführen? - ggf. bitte kurze Sachverhaltsschilderung auf einem Beiblatt abgeben -</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Schadensersatzansprüche geltend gemacht am: _____ gegen: _____ Ergebnis: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Schadensersatzansprüche noch nicht geltend gemacht (bitte Namen des Schädigers; falls bekannt auch dessen Haftpflichtversicherung angeben)</p>
33	<p>Besteht ein Beihilfeanspruch nach/analog den Beihilfavorschriften des öffentlichen Dienstes? (wenn ja, Bezeichnung, Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle angeben)</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, _____</p> <p>_____</p>
34	<p>Bestehen sonstige Ansprüche? (z. B. Unterhaltsansprüche, Lebensversicherung, private Unfallversicherungen, Sterbegeldversicherung, Einsitzrecht, Altenteilsrecht, Leibrente etc. - wenn ja, bitte Höhe, Bezeichnung, ggf. Aktenzeichen/Versicherungs-Nr. und Anschrift des/der Verpflichteten angeben)</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, _____</p>

Kosten der Unterkunft vor der Heimaufnahme

35	Monatliche Miete:	Mietnebenkosten:	Art der Nebenkosten:
36	Höhe der jährlichen Belastungen bei Haus-/Wohnungseigentum (bitte Belege beifügen):		
37	Lebt die nachfragende Person mit anderen Personen in häuslicher Gemeinschaft?		
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____		

Vom Einkommen sind abzusetzen (bitte Belege beifügen):

	nachfragende Person	Ehegatte/ eingetragene/r Lebenspartner/in/ Partner/in			
38	Aufwendungen für Fahrtkosten				
39	Beiträge zu Berufsverbänden				
40	Beiträge für Versicherungen				
41	Art:				
42	Art:				
43	Art:				
44	Bestehen finanzielle Schwierigkeiten (Schulden, Insolvenzverfahren)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche		
45	Unterhaltsleistungen (bei geschiedenen Ehegatten)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in welcher Höhe			

Antrag vom:	Name, Vorname der nachfragenden Person:	Geb.-Datum:
-------------	---	-------------

Erklärung über die Einkommensverhältnisse der nachfragenden Person

(Bitte Belege beifügen!)

(bei Verheirateten: zusätzlich Nachweise des Ehegatten,
bei eingetragenen Lebenspartnerschaften: zusätzlich Nachweise des Lebenspartners/in,
bei eheähnlichen Gemeinschaften: zusätzlich Nachweis des/der Partner/in in eheähnlicher
oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft)

46	Name des Einkommensbeziehers/ der Einkommensbezieherin	Einkommensart	Betrag €	zahlende Stelle	Aktenzeichen ggf. mit Post- abrechnungsnummer

47	<p>Wurde eine Rente, eine Lohnersatzleistung (z. B. Arbeitslosengeld I/II, Krankengeld, Übergangsgeld) oder eine andere Sozialleistung (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII) beantragt, über die noch nicht entschieden wurde?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, und zwar</p> <p>Beantragte Leistung: _____</p> <p>_____</p> <p style="margin-left: 150px;">Anschrift und Aktenzeichen der ggf. zur Zahlung verpflichteten Stelle:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
----	--

Antrag vom:	Name, Vorname der nachfragenden Person:	Geb.-Datum:
-------------	---	-------------

Erklärung über die Vermögensverhältnisse der nachfragenden Person

(Bitte Belege beifügen!)

(bei Verheirateten: zusätzlich Nachweise des Ehegatten,
bei eingetragenen Lebenspartnerschaften: zusätzlich Nachweise des Lebenspartners/in,
bei eheähnlichen Gemeinschaften: zusätzlich Nachweis des/der Partner/in in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft)

48	<input type="checkbox"/> Ich/Wir besitze(n) kein Vermögen.	<input type="checkbox"/> Ich/Wir besitze(n) folgendes Vermögen:
a) Bargeld und Guthaben auf Girokonten, Sparbüchern, Prämien- und Bausparverträgen (sofern es sich nicht um Vermögen der nachfragenden Person handelt, bitte Name des Eigentümers/der Eigentümerin angeben!):		
IBAN/BIC/Vertrags-Nr.: _____		Betrag: _____
Art des Vermögens, Name und Anschrift des Kredit-institutes: _____		
IBAN/BIC/Vertrags-Nr.: _____		Betrag: _____
Art des Vermögens, Name und Anschrift des Kredit-institutes: _____		
IBAN/BIC/Vertrags-Nr.: _____		Betrag: _____
Art des Vermögens, Name und Anschrift des Kredit-institutes/Versicherungsunternehmens, ggf. anderer Eigentümer (siehe oben -E/MV/LP/P): _____		
(Bei weiteren Konten, Sparbüchern, Prämien- und Bausparverträgen bitte gesonderte Aufstellung beifügen!)		
b) Wertpapiere (z.B. Pfandbriefe, Bundesschatzbriefe, Anleihen, Aktien):		
c) Hausgrundstück, Wohnungseigentum, Miteigentum:		
Anschrift: _____		
Ggf. Anzahl der Wohnungen: _____ Größe: _____ Miteigentumsanteil: _____		
Grundstücksgröße in qm: _____ Gemarkung/Flur-/Flurstück-Nr.: _____		
d) Sonstiger Grundbesitz (Gartenland, Ackerland usw.):		
Art, Lage, Verkehrswert: _____		
Gemarkung/Flur-/Flurstück-Nr.: _____		
e) Sonstiges Vermögen (z.B. Rückkaufswerte von Lebensversicherungen, Bestattungsvorsorgeverträge, Sachwerte, Erbschaftsansprüche, Kfz)		

Früheres Vermögen (z. B. Barvermögen, Wertpapiere, Haus- oder Grundvermögen)

49	Ich/Wir habe(n)			
<input type="checkbox"/> kein Vermögen veräußert, übertragen bzw. verschenkt.				
<input type="checkbox"/> folgendes Vermögen				
<input type="checkbox"/> veräußert:				
<input type="checkbox"/> übertragen:				
<input type="checkbox"/> verschenkt:				
Bezeichnung: _____		Wert: _____		Datum: _____
				an (Name, Anschrift): _____

(Nachweise bzw. Urkunden bitte ggf. in Kopie beifügen!)				

Angaben über unterhaltspflichtige Angehörige

	Ehegatte/ eingetragene/r Lebenspartner/in/ Partner/in	Eltern		Kind 1	Kind 2
		Mutter	Vater		
Name, ggf. Geburtsname					
Vorname					
Geburtsdatum					
Straße, Haus-Nr.					
Wohnort					
Telefon					
Fax					
E-Mail-Adresse					
ausgeübter Beruf					
Arbeitgeber					
Sterbedatum					

Weitere Kinder bitten wir auf einem extra Blatt aufzulisten

Bitte beachten Sie:

Überprüfen Sie Ihre Angaben nochmals genau. Vermeiden Sie in jedem Fall unrichtige und unvollständige Angaben.

Alle gemachten Angaben über Vermögen, Einnahmen und Belastungen sind grundsätzlich durch geeignete Nachweise zu belegen.

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, 1. Buch) bin ich verpflichtet, die Ärzte, die mich behandeln oder behandelt haben oder denen ich vorgestellt worden bin oder werde, auf Anforderung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Sozialhilfe zu entbinden, soweit dies für die Sozialhilfeleistung erforderlich ist.

Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatischen Datenverarbeitung gespeichert werden. Mit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung der für die Leistungsgewährung erforderlichen Daten bin ich einverstanden.

Wir weisen Sie darauf hin, dass wir nach § 93 Abs. 9 Abgabenordnung berechtigt sind, einen Kontenabruf durchzuführen.

Nach §§ 60-67 Sozialgesetzbuch (SGB) Erstes Buch (I) bin ich zur Mitwirkung verpflichtet. Komme ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur Ablehnung oder zur Rückforderung bereits gewährter Leistungen führen. Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betrugs möglich ist.

Ort, Datum

Unterschrift der nachfragenden Person bzw. seines/r gesetzlichen Vertreters/in (Betreuer oder Bevollmächtigten)

Ansprechpartner/in für evtl. Rückfragen

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Telefon:

Fax:

E-Mail-Adresse



Liste der benötigten Unterlagen
zur Antragsaufnahme/- bearbeitung (soweit zutreffend)

- Aktuelle Rentenmitteilungen
- Bescheide über Betriebs-, Zusatz- und Stiftungsrenten
- Bescheide über Versorgungsbezüge (Pensionen)
- Nachweise über Leibrenten usw.
- Girokontoauszüge der letzten drei Monate
- Sparbücher, Festgeld- oder Geldmarktkonten der letzten 10 Jahre (falls nicht vorhanden, bitte Negativbestätigung vorlegen; falls Konten aufgelöst wurden, bitten wir um Angabe des Zeitpunktes)
- Übersicht der Bank über die vorhandenen und aufgelösten Konten der letzten 10 Jahre
- Wertpapiere, Pfandbriefe, Anleihen
- Policen von Unfall-, Lebens- und Sterbegeldversicherungen einschließlich der Bescheinigung über den aktuellen Rückkaufswert
- Bei Haus- und Grundvermögen: aktuellen Grundbuchauszug
- Bei Wohn-/Einsitz-/Nießbrauchsrecht: Übergabevertrag und aktueller Grundbuchauszug
- Mietvertrag, letzte Mietänderungserklärung
- Aktuelle Anschriften der Kinder und soweit vorhanden der Eltern; sollte ein Kind / ein/beide Elternteil/e bereits verstorben sein, bitten wir den Geburts- und Todestag mitzuteilen
- Schwerbehindertenausweis- oder bescheid (sofern vorhanden)
- Kopie des Betreuerausweises bzw. der Vorsorgevollmacht
- Kopie des Bescheides der Pflegegeldkasse über die Leistungen bei stationärer Unterbringung und Kopie des Medizinischen Gutachtens
- Weiterhin bitten wir um kurze Schilderung, aus welchen Gründen eine vollstationäre Betreuung notwendig wurde und eine ambulante Versorgung nicht mehr gewährleistet war (gegebenenfalls ärztliche Bestätigung)**
- Wir möchten Sie noch auf folgendes hinweisen, dass
 - a) eine Übernahme der Pflegekosten nur unter Anrechnung der Renteneinkünfte und der Leistung der Pflegekasse erfolgen kann. Mit Beginn der Heimpflege sind die laufenden Renteneinkünfte an die Heimleitung abzuführen. Findet die Heimaufnahme im Laufe eines Monats statt, sind die Renten anteilmäßig an die Einrichtung weiterzuleiten (Berechnung: Rentenhöhe : 30 bzw. 31 Tage x Anzahl der Pflegetage).
 - b) gem. § 65 SGB XII Pflegeleistungen in stationären Einrichtungen nur gewährt werden können, wenn dauerhaft **mindestens Pflegegrad 2** vorliegt.

**Bei Rückfragen steht Ihnen die Sozialverwaltung unter der Telefonnummer
05681/775-226 gerne zur Verfügung.**

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich, _____

wh.: _____

Bevollmächtigte/r / Betreuer/in von Herrn/ Frau _____

geb. am _____ die Mitarbeiter(innen) der Sozialverwaltung des Schwalm- Eder-Kreises Anträge nach dem Wohngeldgesetz bei der Wohngeldstelle des Schwalm-Eder-Kreises zu stellen.

Gleichzeitig beauftrage ich hiermit die Wohngeldstelle das jeweils zu gewährende Wohngeld an das entsprechende Alten- und Pflegeheim, zu überweisen und eine Ablichtung des jeweiligen Wohngeldbescheides an die Arbeitsgruppe 50.4 der Sozialverwaltung des Schwalm-Eder-Kreises zu übersenden.

Ort, Datum

Unterschrift