

Erstantrag auf Sozialhilfe in einer Pflegeeinrichtung

Für vollstationäre Dauerpflege Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege Tagespflege

Von der Behörde auszufüllen _____

Der erste Kontakt war am: _____

Der Antrag ist eingegangen am: _____

Haben Sie vor der Aufnahme in die Einrichtung bereits Sozialhilfe erhalten?

Nein Ja – wenn ja Sozialhilfeträger: _____

Aktenzeichen: _____

Wichtige Hinweise

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus und beantworten Sie alle Fragen mit „ja“ oder „nein“. Streichungen sind nicht ausreichend. Alle Angaben sind durch geeignete Nachweise zu belegen!

Es besteht die Möglichkeit, mehrere Hilfearten gleichzeitig für denselben Antragssteller zu beantragen.

Leistungen nach dem SGB XII werden überwiegend als Sachleistungen erbracht, die in der Regel einkommens- und vermögensabhängig sind. Aus diesem Grund kann es sein, dass Einkommen und Vermögen einzusetzen sind. Erben können in bestimmtem Umfang verpflichtet sein, in der Vergangenheit geleistete Sozialhilfe zu ersetzen.

Bitte beachten Sie die Erläuterungen im Merkblatt zum Antrag auf Sozialhilfe, welches für Ihre Unterlagen bestimmt ist und vergessen Sie nicht, den Antrag sowie ggfls. die Anlagen zu unterschreiben.

Datenerhebung

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem SGB XII erhoben.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet.

1. Person Antragsteller

Familienname	
Geburtsname und früher geführte Namen	
Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort:
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> dauernd Getrennt lebend
	<input type="checkbox"/> geschieden (Scheidungsurteil vorlegen)	<input type="checkbox"/> verwitwet
	<input type="checkbox"/> verheiratet	> Bitte auch Anlage Ehepartner / Lebenspartner ausfüllen
	<input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft	> Bitte auch Anlage Ehepartner / Lebenspartner ausfüllen
Anzahl Vorehen: _____		

Staatsangehörigkeit	
Aufenthaltsstatus	
Ausweis hat vorgelegen (wird von der Behörde ausgefüllt)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Ausweis Nr. _____ Ausgestellt von _____
Telefon / E-Mail des Antragstellers	
Aufenthaltsverhältnisse (Wohnanschrift bzw. Adresse) in den letzten drei Monaten vor der erstmaligen Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung	
<ul style="list-style-type: none"> • bei mehrmaligen Umzügen bitte die jeweiligen Adressen angeben • Bitte geben Sie auch an, ob es sich um ein betreutes Wohnen gehandelt hat 	
Stationäre Pflegeeinrichtung	Name: Anschrift: Tag der Aufnahme: <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> Einzelzimmer
Betreuer / Bevollmächtigter	Name: Vorname: Anschrift: Telefon: E-Mail: Sonstiges: Die oben aufgeführte Person ist <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> bevollmächtigt Falls bevollmächtigt - liegt eine notarielle Vollmacht vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kriegsopferfürsorge	Haben Sie Anspruch auf Leistungen der Kriegsopferfürsorge : <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Kranken- und Pflegeversicherung

Art des Versicherungsschutzes	<input type="checkbox"/> kein Krankenversicherungsschutz ⇒ Bitte melden Sie sich entsprechend § 264 SGB V bei einer gesetzlichen Krankenkasse in unserem Bereich an und teilen Sie uns diese mit. <input type="checkbox"/> Pflichtversicherung <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> private Versicherung <input type="checkbox"/> Familienversicherung über: _____ (Name) Vers. Nr.: _____
Name und Anschrift der Kranken- und Pflegeversicherung	Name: Anschrift: Versicherungsnummer:
Beihilfeberechtigung	Besteht im Falle der Krankheit ein Anspruch auf Beihilfe nach öffentlich- oder privatrechtlichen Regelungen (Anspruch auf Leistungen der Beihilfe) ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Gesundheitliche Situation

<p>Volle Erwerbsminderung</p> <p>Liegt bei Ihnen eine bereits begutachtete volle Erwerbsminderung auf Dauer nach § 43 Abs. 2 SGB VI vor?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn ja, bitte Rentenbescheid (Erstbescheid) oder die Feststellung des Rentenversicherungsträgers vorlegen!</p> <p>Wenn nein ein entsprechender Antrag wurde am _____ gestellt</p>
<p>Pflegegrad</p>	<p>Geben Sie bitte an welcher Pflegegrad zuerkannt wurde</p> <p><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</p> <p>Die Feststellung erfolgte mit Bescheid vom:</p> <p>Bitte entsprechenden Bescheid vorlegen</p>
<p>Schwerbehinderung (GdB)</p>	<p>Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis nach § 69 Abs. 5 SGB IX mit dem Merkzeichen „G“ oder „aG“ ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, bitte Ausweis vorlegen!</p> <p>Grad der Behinderung (GdB): _____ %</p> <p>Oder wurde ein Antrag auf Schwerbehinderung gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein am: _____</p>
<p>Verschulden Dritter</p>	<p>Ist die bestehende Gesundheitsstörung auf ein Verschulden Dritter (z.B. Verkehrsunfall, Arztfehler) zurückzuführen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Auf Grund der Schädigung wurden Ansprüche geltend gemacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Wenn JA gegen wen: _____</p>

Angaben zur Wohnung / zur Immobilie

<p>Art der (bisherigen) Wohnung</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> Mieter / Untermieter / mietähnliche Nutzungsberechtigung von Wohnraum</p> <p>Bitte Mietvertrag bzw. Vermieterbescheinigung vorlegen</p> <p>Kaltmiete _____ €</p> <p>Nebenkosten _____ €</p> <p>2 <input type="checkbox"/> eigene Immobilie</p> <p>Art der Immobilie</p> <p><input type="checkbox"/> Eigentumswohnung</p> <p><input type="checkbox"/> Einfamilienhaus</p> <p><input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges</p> <p>Größe des Grundstücks: _____ €</p> <p>Wohnfläche: _____ €</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Wohnrecht</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Nießbrauch</p> <p>Bei Nr. 2 bitte Grundbuchauszug vorlegen</p> <p>Bei Nr. 3 und 4 bitte notariellen Vertrag vorlegen</p>
--	---

Bei Mietwohnungen ist hier anzugeben, wann die Wohnung gekündigt wurde	Die zuletzt bewohnte Mietwohnung wurde am _____ zum _____ gekündigt (Bitte legen Sie die Kündigungsbestätigung hier vor)																				
Neben- und Heizkosten	Art der Heizung <input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> Einzelöfen <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Festbrennstoffe <input type="checkbox"/> Sonstiges bitte angeben: _____ Heizkosten monatlich: _____ € Warmwasser monatlich: _____ € Die Warmwasserbereitung erfolgt <input type="checkbox"/> zentral <input type="checkbox"/> dezentral																				
Leben weitere Personen in obiger Wohnung	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Vorname</th> <th>Geb.-Dat.</th> <th>Stellung zum Antragsteller</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Name	Vorname	Geb.-Dat.	Stellung zum Antragsteller	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Name	Vorname	Geb.-Dat.	Stellung zum Antragsteller																		
_____	_____	_____	_____																		
_____	_____	_____	_____																		
_____	_____	_____	_____																		
_____	_____	_____	_____																		

Wohngeld / Lastenzuschuss	Es wurde bereits Wohngeld bewilligt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein - Wenn ja, bitte , Bescheid vorlegen Falls Wohngeld höher als die SGB XII-Leistung ist, bitte Antrag auf Wohngeld stellen!
----------------------------------	--

Antragsbegründung	
--------------------------	--

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen meiner persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse unverzüglich und unaufgefordert der zuständigen Behörde mitzuteilen. Insbesondere werde ich das Sozialamt benachrichtigen, wenn ich beabsichtige, mich länger als vier Wochen ununterbrochen im Ausland aufzuhalten. Mir ist bekannt, dass ich mich durch unvollständige und unwahre Angaben strafbar mache und zu Unrecht bezogene Leistungen zu erstatten sind.

- Ich bestätige den Erhalt des Merkblattes „rechtlichen Belehrung“ über meine Mitwirkungspflichten nach den §§ 66 ff SGB I
- Ich bestätige den Erhalt des Informationsblattes des Regionalverbandes Saarbrücken zum Antrag auf Übernahme ungedeckter Heimpflegekosten nach dem Sozialgesetzbuch XII (SGB XII)
- Ich bestätige den Erhalt der Checkliste
- Ich bestätige den Erhalt der Transparenzerklärung

Ich bin darüber informiert, dass die für die Gewährung der Hilfe erforderlichen personenbezogenen Daten in einem automatisierten Verfahren verarbeitet und gespeichert werden. Rechtsgrundlage für die Erhebung der Daten sind die Bestimmungen des SGB XII, sowie die §§ 60 ff SGB I und die §§ 67 ff SGB X. Nach Maßgabe des § 118 SGB XII werden meine Daten zur Vermeidung von Leistungsmissbrauch an die Vermittlungsstelle übermittelt (§ 3 Abs.1 der DVO zu § 118 SGB XII)

Sollte ich einen Anspruch gegen einen Dritten geltend machen, bzw. ein Anspruch bestehen, werde ich die zuständige Behörde unverzüglich informieren.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit aller abgegebenen Erklärungen!

Folgende Anlagen wurden mit diesem Antrag eingereicht:

Anlage Einkommen

Ja Nein

Anlage Vermögen

Ja Nein

Anlage Unterhaltspflichtige

Ja Nein

Anlage Ehegatte / Lebenspartner

Ja Nein

Aufgenommen von _____

Unterschrift: _____

Ort, Datum	Unterschrift nachfragende Person	Unterschrift Ehegatte/Lebensgefährte(in), Lebenspartner(in)