

## Antrag auf Hilfe zur Pflege

in einem Pflegeheim

**Rheinisch-Bergischer Kreis**  
**Der Landrat**  
**Amt für Soziales und Inklusion**  
**- Stationäre Leistungen (Pflege) -**  
**Postfach 20 04 50**  
**51434 Bergisch Gladbach**

Eingangsvermerk Rheinisch-Bergischer Kreis

### Hinweis:

Für die Bearbeitung des Antrages werden Informationen über die **persönlichen und wirtschaftlichen** Verhältnisse der hilfebedürftigen Person benötigt. Es ist deshalb sehr wichtig, dass Sie alle Fragen **sorgfältig** beantworten und die **erforderlichen Belege** beifügen.

### 1. Pflegebedürftige Person:

Name, Vorname		
Geburtsname	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
Häusliche Anschrift <b>vor der Aufnahme</b> in die Pflegeeinrichtung		
Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> <b><u>Bei Pflegegrad 2 oder 3 ist die Kontaktaufnahme zur Pflegeberatung notwendig (s. Punkt 9 des Antrags)!</u></b>		
Schwerbehinderung <input type="checkbox"/> Ja      Grad der Behinderung:      Merkzeichen: <input type="checkbox"/> Nein      Bitte beantragen Sie den Schwerbehindertenausweis bei meinem Gesundheitsamt, An der Gohrsmühle 25, 51465 Bergisch Gladbach ☎ 02202 13 6240. Wenn die pflegebedürftige Person nicht im Rheinisch-Bergischen Kreis lebt, stellen Sie bitte den Antrag bei der für deren Wohnort zuständigen Stadt- oder Kreisverwaltung.		
Besteht Sondenernährung?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Familienstand

- ledig  verwitwet seit \_\_\_\_\_
- verheiratet mit \_\_\_\_\_
- zusammenlebend in einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft mit \_\_\_\_\_
- zusammenlebend nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz mit \_\_\_\_\_
- getrennt lebend von \_\_\_\_\_
- geschieden von (seit: \_\_\_\_\_)
- geschieden und wiederverheiratet mit \_\_\_\_\_
- verwitwet und wiederverheiratet mit \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**2. Besteht eine Bevollmächtigung oder eine gesetzliche Betreuung?**

- Nein  Ja, bevollmächtigt ist: \_\_\_\_\_  Ja, zum/zur Betreuer/in wurde bestellt:

Name, Vorname:		
Anschrift:		
*E-Mail:		
*Telefon:	*Fax:	*freiwillige Angaben

**3. Es wird die Übernahme der ungedeckten Pflegekosten beantragt:**

<input type="checkbox"/> für die Kurzzeitpflege	ab	bis
<input type="checkbox"/> für die Tagespflege	ab	
<input type="checkbox"/> für die vollstationäre Pflege	ab	

Name (und ggf. Abschnitt) der Einrichtung	Anschrift der Einrichtung
In Einrichtung seit:	<input type="checkbox"/> Einbettzimmer <input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer

**4. Einkommen und Vermögen:**

Fügen Sie bitte die **Anlage „Einkommen und Vermögen“** vollständig ausgefüllt bei. Reichen Sie die entsprechenden Nachweise bitte in Kopie bei mir ein. In Ergänzung hierzu ist ein **Finanzstatus** der Bank zwingend vorzulegen.

**5. Besteht eine gesetzliche Kranken-/Pflegekasse oder private Kranken-/Pflegeversicherung?**

- Nein
- Ja, gesetzlich pflichtversichert  
Name Kranken-/Pflegekasse: \_\_\_\_\_
- Ja, gesetzlich freiwillig versichert  
Name Kranken-/Pflegekasse: \_\_\_\_\_
- Ja, privat versichert  
Name Kranken-/Pflegeversicherungsunternehmen: \_\_\_\_\_

Möchten Sie am sog. Zuzahlungsdarlehen (siehe beiliegendes Infoschreiben) teilnehmen?  
(unbedingt ankreuzen)

- Nein
- Ja, Krankenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_ (bitte Kopie Krankenversichertenkarte beifügen)

**6. Haben Sie bisher Eingliederungshilfe erhalten oder beantragt?**

- Ja, ich beziehe bereits Leistungen (bitte Bescheid beifügen).
- Ja, ich habe Leistungen beantragt (bitte Antragskopie beifügen).
- Nein, nicht zutreffend.

**7. Angehörige (Eltern, Adoptiv-/Kinder):**

- Nein
- Ja, und zwar bestehen folgende Angehörige:

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis
Anschrift	Berufliche Tätigkeit	

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis
Anschrift	Berufliche Tätigkeit	

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis
Anschrift	Berufliche Tätigkeit	

Weitere Angehörige bitte auf einem zusätzlichen Blatt aufführen.

**8. Bisherige Wohnsituation:**

Haben Sie bisher in einer Mietwohnung gelebt?  Ja  Nein, sondern:  
➤ Falls ja, bitte die vom Vermieter auszufüllende **Mietbescheinigung** beifügen.

Hiermit wird die Übernahme der offenen Mietkosten beantragt:  Ja  Nein  
➤ Falls ja, fügen Sie bitte das **Kündigungsbestätigungsschreiben** des Vermieters bei.  
Beachten Sie hierzu bitte auch die Hinweise auf dem beiliegenden Infoblatt.

**9. Pflegeberatung (nicht erforderlich bei bestehendem Pflegegrad 3 und Vollendung des 80. Lebensjahres sowie altersunabhängig bei bestehendem Pflegegrad 4 oder 5):**

Ich habe mich bei der für meine Stadt/Gemeinde zuständigen Pflegeberatungsstelle über die Möglichkeiten ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflege umfassend informiert.

Bestätigung durch die Pflegeberatungsstelle

**Adressen und Telefonnummern der Beratungsstellen innerhalb des Rheinisch-Bergischen Kreises entnehmen Sie bitte der beigefügten Übersicht.**

Stempel, Datum, Unterschrift der Pflegeberatungsstelle

Ein persönliches Beratungsgespräch bei der für meine Stadt/Gemeinde zuständigen Pflegeberatungsstelle konnte nicht erfolgen. Dies begründe ich wie folgt:

Die Beratung erfolgte:

- telefonisch am:  
 schriftlich (E-Mail etc.) am:

**Bitte beachten Sie, dass dieser Weg der Beratung nur in Ausnahmefällen erfolgen soll!**

**10. Die Aufnahme in die Pflegeeinrichtung ist aus folgenden Gründen erforderlich:**

Die Pflege in einem Pflegeheim ist notwendig, weil

**11. Erklärung:**

**Ich versichere, dass alle vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Mir ist bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch) und zu Unrecht erhaltene Leistungen zurück zu zahlen sind.**

Es ist mir bekannt, dass die Daten unter Einhaltung der Bestimmungen des SGB XII (Sozialhilfe) erhoben wurden, da sie zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich sind. Ich stimme deshalb unter der Voraussetzung, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden, zu, dass die erhobenen Daten verarbeitet und gespeichert werden.

Ort, Datum

Bitte vollständig unterschreiben

Ich möchte Sie bitten, der **Einrichtung mitzuteilen**, dass ein Antrag auf Sozialhilfe (Antrag auf Kostenübernahme der nicht gedeckten Heimkosten nach dem SGB XII) bei meinem Amt für Soziales und Inklusion gestellt wird. Bitte setzen Sie sich vor der **Weitergabe der Renten** an die Einrichtung mit meinem Amt in Verbindung; Sie erhalten dann Informationen, wie bezüglich der Renten verfahren wird.

Bitte fügen Sie diesem Antrag folgende Anlagen bzw. Nachweise bei:

- Pflegegeldbescheid der stationären Pflege (falls bereits vorliegend)
- Schwerbehindertenausweis (andernfalls bitte beantragen und nachreichen)
- Bei Geschiedenen: Scheidungsurteil, Unterhaltsurteil, aktuelles MDK-Gutachten
- Vollmacht bzw. Betreuungsausweis
- Anlage „Einkommen und Vermögen“
- Finanzstatus (kostenlos bei der Bank anzufragen)
- Ggf. Versichertenkarte der Krankenversicherung (Zuzahlungsdarlehen)
- Ggf. Eingliederungshilfebescheid oder Antragskopie
- Ggf. Anlage „Mietbescheinigung“ (vom Vermieter/von Vermieterin auszufüllen), Kündigungsbestätigungsschreiben

**Beachten Sie bitte, dass ich nur Kopien annehmen kann – keine Originale – vielen Dank.**