

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 vor der Aufnahme in die Pflegeeinrichtung		
Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> <u>Bei Pflegegrad 2 oder 3 ist die Kontaktaufnahme zur Pflegeberatung notwendig (s. Punkt 9 des Antrags)!</u>		
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	
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verwitwet seit _____
<input type="checkbox"/> verheiratet mit	
<input type="checkbox"/> zusammenlebend in einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft mit	
<input type="checkbox"/> zusammenlebend nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz mit	
<input type="checkbox"/> getrennt lebend von	
<input type="checkbox"/> geschieden von (seit: _____)	
<input type="checkbox"/> geschieden und wiederverheiratet mit	
<input type="checkbox"/> 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 „Erklärung über Einkommens- und Vermögensverhältnisse“** vollständig ausgefüllt bei. Ergänzen Sie entsprechend Auskünfte zum Einkommens- bzw. Vermögensbetrag jeweils zum Antragsdatum/Bedarfszeitpunkt. Reichen Sie die entsprechenden Nachweise bitte in Kopie ein.

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 Infoschreiben Zuzahlungsdarlehen) 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. Kinder (auch Adoptivkinder):

Nein

Ja

Name, Vorname	Anschrift
Geburtsdatum	Berufliche Tätigkeit
Liegen die jährlichen Gesamteinkünfte (z. B. Erwerbseinkommen, Rentenbezüge, Mieteinkünfte, Kapitaleinkünfte) über 100.000,- €?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Name, Vorname	Anschrift
Geburtsdatum	Berufliche Tätigkeit
Liegen die jährlichen Gesamteinkünfte (z. B. Erwerbseinkommen, Rentenbezüge, Mieteinkünfte, Kapitaleinkünfte) über 100.000,- €?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Name, Vorname	Anschrift
Geburtsdatum	Berufliche Tätigkeit
Liegen die jährlichen Gesamteinkünfte (z. B. Erwerbseinkommen, Rentenbezüge, Mieteinkünfte, Kapitaleinkünfte) über 100.000,- €?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Weitere Angehörige bitte auf einem zusätzlichen Blatt aufführen.

8. Bisherige Wohnsituation:

Haben Sie bisher in einer Mietwohnung gelebt? Ja Nein, sondern:

Hiermit wird die Übernahme der noch bis zum Kündigungszeitpunkt anfallenden Mietkosten beantragt:

Ja Nein

(Falls ja, fügen Sie bitte die vom Vermieter auszufüllende **Mietbescheinigung** und das **Kündigungsbestätigungsschreiben** des Vermieters bei. Beachten Sie hierzu bitte auch die Hinweise auf dem 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.

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach Art. 6 Abs. 1 Buchst. c) und e) der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) i. V. m. §§ 67 bis 78 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X.

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. Ungedeckte Heimkosten und andere Kosten, die mit dem Umzug in die Einrichtung in Verbindung stehen, sollten **nicht** aus eigenem Einkommen und Vermögen gezahlt werden (auch nicht durch die Angehörigen), bis über Ihren Antrag entschieden worden ist.

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 „Einkommens- und Vermögensverhältnisse“
- Ggf. Versichertenkarte der Krankenversicherung (Zuzahlungsdarlehen)
- Ggf. Eingliederungshilfebescheid oder Antragskopie (Eingliederungshilfe)
- Ggf. Anlage „Mietbescheinigung“ und Kündigungsbestätigungsschreiben (Mietkosten)

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