

Kreis Mettmann  
 Sozialamt  
 50-22  
 Düsseldorfer Str. 47  
 40822 Mettmann

vom Amt auszufüllen

Bekanntgabe: \_\_\_\_\_

Eingang: \_\_\_\_\_

## Antrag auf Hilfen bei Pflegebedürftigkeit in Einrichtungen

- Antrag auf Pflegegeld (bitte beifügen: Anlagen A, B, C, D, E, F, G, H, I, J)**
- Antrag auf Pflegegeld und Sozialhilfe (bitte beifügen: Anlagen A-L)**
  - Kurzzeitpflege     Verhinderungspflege     dauerstationäre Pflege
- Antrag auf Sozialhilfe (bitte beifügen: Anlagen A-L, ohne F)**

### Hinweise

- Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Für die Antragstellung ist ein sorgfältiger, vollständiger und wahrheitsgemäß ausgefüllter Antrag erforderlich.
- Alle Angaben sind durch Vorlage entsprechender Belege nachzuweisen.
- Die Datenerhebung im Zusammenhang mit diesem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 S. 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X.
- Die Verpflichtung zur Mitwirkung ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I). Sofern Sie dieser Verpflichtung nicht nachkommen, kann beantragte Hilfe nach § 66 Abs. 1 SGB I ganz oder teilweise versagt werden.
- Die im Rahmen dieses Antrags gemachten Angaben zum vorhandenen Vermögen können durch eine Kontenabfrage nach § 93 Abs. 8 Abgabenordnung (AO) beim Bundeszentralamt für Steuern überprüft werden.
- Sollten aufgrund falscher oder fehlender Angaben Sozialleistungen zu Unrecht bewilligt werden, sind diese zu erstatten. Soweit der Tatbestand des Betruges nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) erfüllt ist, hat dies strafrechtliche Folgen.

### Angaben zur antragstellenden Person und dessen/deren Partner/in

	<b>antragstellende/ pflegebedürftige Person</b>	<input type="checkbox"/> Ehepartner_in <input type="checkbox"/> Lebenspartner-in <input type="checkbox"/> Lebensgefährte/Lebensgefährtin
<b>Name</b>		
<b>Vorname</b>		
<b>Geburtsname</b>		
<b>Namen aus früheren Eheschließungen</b>		
<b>Geburtsdatum</b>		
<b>Geburtsort und Kreis</b>		
<b>Steueridentifikationsnummer</b>		
<b>Pflegegrad</b>		
<b>Schwerbehindertenausweis</b>	<input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung: Merkmal „G“ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung: Merkmal „G“ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Weitere Angaben zur antragstellenden Person

#### Anschrift vor Heimaufnahme \_\_\_\_\_

**Familienstand**     ledig     verheiratet     verwitwet     nichteheliche Lebensgemeinschaft  
 eingetragene Lebenspartnerschaft     getrennt lebend     geschieden  
seit \_\_\_\_\_

**Bei Scheidung**    Urteil vom \_\_\_\_\_ rechtskräftig seit \_\_\_\_\_  
Gericht \_\_\_\_\_  
Unterhaltsregelung/Versorgungsausgleich     ja     nein

**Staatsangehörigkeit**     deutsch  
andere: \_\_\_\_\_

**Aufenthaltsrechtlicher Status**     Duldung/Visum, gültig bis: \_\_\_\_\_  
 Niederlassungserlaubnis     Aufenthaltserlaubnis, gültig bis: \_\_\_\_\_  
**(als Nachweis immer Kopie Ausweis, Pass oder Aufenthaltstitel beifügen)**

#### Vertretungsberechtigte Person

nein, nicht vorhanden  
 ja, durch Vollmacht/Vorsorgevollmacht     ja, als vom Amtsgericht bestellte/r Betreuer\_in

Name und Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon/Mailadresse \_\_\_\_\_

#### Weitere Personen im Haushalt

1. Name, Vorname \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_
2. Name, Vorname \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

#### Angaben zu Angehörigen außerhalb der Haushaltsgemeinschaft

(leibliche Kinder, Adoptivkinder, Eltern, geschiedene oder getrennt lebende Ehepartner\_innen/Lebenspartner\_innen/Lebensgefährten/Lebensgefährtinnen)

nein     ja, bitte **Anlage L** ausfüllen

#### Wohn- und Aufenthaltsverhältnisse

Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung \_\_\_\_\_

Datum der Heimaufnahme \_\_\_\_\_

Zimmerart     Einzelzimmer     Mehrbettzimmer

Aufenthaltort in den letzten zwei Monaten vor Heimaufnahme, sofern nicht die Wohnanschrift vor Heimaufnahme

Kurzzeitpflege     nein     ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Der Entlastungsbeitrag der Pflegekasse ist vorrangig für die Kosten der Kurzzeitpflege einzusetzen!**

Verhinderungspflege     nein     ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Leistungen der Kriegsopferversorge (KOF)

Beziehen Sie Kriegsopferversorge?  nein  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €/mtl.

Folgende Angehörige (Ehegatten, Eltern, Kinder) sind

- durch Kriegsereignisse gefallen, vermisst bzw. an Kriegsleiden verstorben oder
- in Ausübung des Wehr-/Zivildienstes, durch Gewalttaten oder durch Impfungen geschädigt oder verstorben oder
- Geschädigte von rechtsstaatswidrigen Entscheidungen der ehemaligen DDR

1. Name, Vorname \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Kosten der Unterkunft (Haushalt vor Aufnahme in die Pflegeeinrichtung)

Anzahl der im Haushalt lebenden Personen \_\_\_\_\_

Größe der Wohnfläche \_\_\_\_\_ qm

#### Art der Unterkunft

Haus- und Grundvermögen → bitte Anlage I ausfüllen  
→ Vorlage einer Rentabilitätsberechnung,  
d. h. eine Aufstellung der Einnahmen und Kosten Ihres Eigentums

Mietwohnung → bitte Anlage G Mietbescheinigung vorlegen  
Höhe der Kautions: \_\_\_\_\_ €  
Die Wohnung wurde zum \_\_\_\_\_ gekündigt.

### Kranken- und Pflegeversicherung

#### Pflegebedürftige Person

Name der Versicherung \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Art der Versicherung  pflichtversichert  freiwillig versichert  privat versichert

Mitgliedschaft seit \_\_\_\_\_

Die pflegebedürftige Person hat vor der dauerstationären Heimaufnahme Leistungen vom Jobcenter bezogen  nein  ja, der Antrag auf freiwillige Kranken- und Pflegeversicherung wurde am \_\_\_\_\_ gestellt. Nachweis liegt bei!

#### Haushaltsangehörige Person

Name der Versicherung \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Art der Versicherung  pflichtversichert  freiwillig versichert  privat versichert

Mitgliedschaft seit \_\_\_\_\_

## Erklärung

Ich werde die für meine stationäre Pflege entstehenden Kosten voraussichtlich nicht aus den Leistungen der Pflegeversicherung, meinem Einkommen und Vermögen und sonstigen Leistungen unter Berücksichtigung eines monatlichen Barbetrages zur persönlichen Verfügung selbst tragen können.

### Bei Antrag auf Pflegegeld

Mir ist bekannt, dass Pflegegeld gemäß § 14 Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen (APG NRW) grundsätzlich vom Einsatz des Einkommens und Vermögens abhängig ist und ich verpflichtet bin, meine gesamten Einkünfte vom Tag der Heimaufnahme an zur Deckung der Aufenthaltskosten einzusetzen. Mir ist ferner bekannt, dass ich das vorhandene Vermögen ebenfalls zur Deckung der Unterbringungskosten einzusetzen habe, soweit es den Schonbetrag in Höhe von 10.000,-€ bei Alleinstehenden bzw. 15.000,-€ bei nicht getrennt lebenden Eheleuten, eingetragenen Lebenspartnern und nichtehelichen Lebensgefährten überschreitet (§ 14 Abs. 3 Nr. 4 APG NRW i. V. m. § 90 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)).

### Bei Antrag auf Sozialhilfe

Mir ist bekannt, dass Leistungen der Sozialhilfe nach dem SGB XII grundsätzlich vom Einsatz des Einkommens und Vermögens abhängig ist und ich verpflichtet bin, meine gesamten Einkünfte vom Tag der Heimaufnahme an zur Deckung der Aufenthaltskosten einzusetzen. Mir ist ferner bekannt, dass ich das vorhandene Vermögen ebenfalls zur Deckung der Unterbringungskosten einzusetzen habe, soweit es den Schonbetrag in Höhe von 5.000,-€ bei Alleinstehenden bzw. 10.000,-€ bei nicht getrennt lebenden Eheleuten, eingetragenen Lebenspartnern und nichtehelichen Lebensgefährten überschreitet (§ 90 SGB XII). Ich bin damit einverstanden, dass die Auszahlung der Sozialhilfe direkt an die Einrichtung erfolgt.

Die nachfolgenden Anlagen sind Bestandteil meines Antrags:

- Anlage A: Vollmacht/Bestellungsurkunde oder andere Vorsorgevollmacht
- Anlage B: Erklärung über die Einkommens- und Vermögensverhältnisse der/des Pflegebedürftigen
- Anlage C: Erklärung über die Einkommens- und Vermögensverhältnisse von Ehepartner\_in/  
Lebenspartner\_in/Lebensgefährten/Lebensgefährtin
- Anlage D: Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht
- Anlage E: Befreiung vom Bankgeheimnis und Bankauskunft
- Anlage F: Antrag auf Pflegegeld (Einrichtung)
- Anlage G: Mietbescheinigung
- Anlage H: Eigentum
- Anlage I: Erhebungsbogen zur Wertermittlung bei Haus- und Grundbesitz
- Anlage J: Erklärung
- Anlage K Einverständnis/Widerspruch Zuzahlungsdarlehen
- Anlage L: Unterhalt

Das Merkblatt über die Zusammenstellung wichtiger Informationen für alle, die Pflegegeld und/oder Sozialhilfe beantragen sowie Auszüge aus den entsprechenden Gesetzen habe ich in diesem Zusammenhang zur Kenntnis genommen.

Ich erkläre, dass ich über meine Vermögensverhältnisse wahrheitsgemäße und vollständige Angaben gemacht habe. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unwahre Angaben strafrechtliche Folgen wegen Betruges (§ 263 StGB) nach sich ziehen können und zu Unrecht gezahlte Sozialleistungen zurückzahlen sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift      Antragsteller\_in       Betreuer\_in       Bevollmächtigte/r