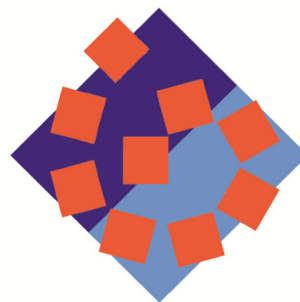


Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe/Grundsicherung in (Pflege-) Heimen/amb. betreuten Wohngemeinschaften

Ennepe-Ruhr-Kreis
 Der Landrat
 Fachbereich Soziales und Gesundheit
 Hilfen bei Pflegebedürftigkeit und Bestattung
 Abteilung 53/1
 Postfach
 58317 Schwelm



Datum

Bekanntgabe (§ 18 SGB XII)

Vollstationäre Pflege
 Grundsicherung

ambulant betreute Wohngemeinschaft
 Kurzzeitpflege

Tagespflege

Persönliche Verhältnisse

	Nachfragende Person <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Ehegatte/Lebenspartner/- gefährte (auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend)
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Geburtsname		
Staatsangehörigkeit		
Steuer- Identifikationsnummer		
Aufenthaltsstatus (Staatsangehörigkeit ungleich BRD)		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden (bitte Urteil beifügen)	<input type="checkbox"/> verwitwet seit <input type="checkbox"/> getrennt lebend
aktuelle Anschrift (vor Aufnahme i. d. Einrichtung/WG) wohnhaft seit:		
Haben Sie jemanden bevollmächtigt, Ihre Interessen zu vertreten?	<input type="checkbox"/> ja, lt. beigefügter Vollmacht	<input type="checkbox"/> nein
Besteht ein Betreuungsverhältnis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, Name und Anschrift des Betreuers (bitte Betreuungsurkunde beifügen)		
Schwerbehindertenausweis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt GdB v.H. Merkzeichen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt GdB v.H. Merkzeichen

Ansprüche gegen andere Sozialleistungsträger

Krankenkasse, versichert bei:		
Pflegekasse, versichert bei:		
Erhalten Sie bereits Leistungen der ambulanten Pflege?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad:
Beziehen oder bezogen Sie in der Vergangenheit Leistungen vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)?	<input type="checkbox"/> ja, Aktenzeichen: _____ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Aktenzeichen: _____ <input type="checkbox"/> nein
Zugehörigkeit zum Personenkreis § 45a SGB XI (Hilfe durch Pflegepersonen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie schon einen Antrag auf vollstationäre Pflegeleistungen gestellt?	<input type="checkbox"/> nein (bitte unverzüglich beantragen) <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> nein (bitte unverzüglich beantragen) <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad:

Sind Angehörige (Ehegatte/Kinder) von Ihnen im Krieg gefallen/oder an Kriegsschädigungsfolgen gestorben? Liegt bei Ihnen eine Kriegsbeschädigung vor?

nein ja, und zwar:

Kosten der Unterkunft für die bisherige Wohnung

Bei Haus-/ Wohneigentum bitte Rentabilitätsberechnung ausfüllen.

Kaltmiete (ohne Nebenkosten)	Nebenkosten	Heizungskosten	Warmwasserkosten
Wohngeld	Vermieter (Name, Anschrift)		

Name und Anschrift der Einrichtung / Wohngemeinschaft:

Einkünfte in Geld oder in Geldeswert

Nachweise über die Art und Höhe der Einkünfte z.B. Rentenmitteilung bzw. Bescheide über sonstige Sozialleistungen, Verdienstbescheinigung, etc. beifügen.

	Nachfragende Person	Ehegatte/Lebensgefährte
Arbeitsentgelt/ Lohn		
Altersrente		
Witwen-/ Witwerrente		
Unfall-/ Berufs-/ Erwerbsunfähigkeitsrente		
Werks-/ Betriebsrente		
Krankengeld		
Arbeitslosengeld I o. II / Grundsicherung		
Blindengeld/ Landeshilfe für hochgradig Sehgeschwache		
Unterhaltszahlungen		
Leistungen aus Verträgen z.B. Riester-/ Leibrente		
Miet- oder Pachteinahmen		
Zinseinkünfte		
Versorgungsbezüge Pension, Ruhegehalt		
Sonstige Rente/ Einkünfte		

und bin/sind deshalb **beihilfeberechtigt** ja nein ja nein

Alleinstehende, und wenn **beide Ehegatten/Lebenspartner** aufgenommen werden, haben ihr gesamtes Einkommen zur Finanzierung der Heimkosten einzusetzen. Verbleibt **ein Ehe- / Lebenspartner** im häuslichen Bereich, hat dieser einen Teil des gemeinsamen Einkommens als sog. **Kostenbeitrag** zur Deckung der Heimkosten **ab Aufnahme** in die Einrichtung / Wohngemeinschaft einzusetzen. Hierfür wird eine gesonderte Berechnung durchgeführt.

Einkommensbereinigung

freiwillige/private Krankenversicherung	/mtl.	/mtl.
Hausratversicherung	/mtl.	/mtl.
Privathaftpflichtversicherung	/mtl.	/mtl.
Kfz-Haftpflichtversicherung	/mtl.	/mtl.
berufsbedingte Aufwendungen	/mtl.	/mtl.
Sonstiges	/mtl.	/mtl.

Sind Lebens- oder Sterbeversicherungen vorhanden? ja nein

Lebens- oder Sterbeversicherungen	/mtl.	/mtl.
Versicherung, Vers.-Scheinnummer		

Haben diese Versicherungen kapitalbildenden Charakter?

Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
private Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
aktuelle(r) Rückkaufswert(e) und Todesfallleistung(en)	<input type="checkbox"/> ist/sind beigefügt		<input type="checkbox"/> werden vom Versicherer angefordert und nachgereicht	

Vermögen

Es muss jedes Vermögen - auch das nicht verwertbare - angegeben werden, ausgenommen angemessener Hausrat. Zu den Angaben sind **zwingend Nachweise** beizufügen, aus denen das verwaltende Institut, die Konto- bzw. Kundennummer und die aktuelle Höhe des Guthabens hervorgehen.

zum Beispiel:	Nachfragende Person		Ehegatte/Lebensgefährte	
	nein		nein	
Bargeld	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Girokonto Institut, Kontonummer, Guthaben	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Sparguthaben Institut, Kontonummer, Guthaben	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Bestattungsvorsorgeverträge Bestatter, Guthaben	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Wertpapiere z.B. Aktien, Pfandbriefe, Investmentfonds, usw.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Bausparverträge Bausparkasse, Vertragsnummer	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Kraftfahrzeuge (PKW, Wohnmobile, Wohnwagen, Motorräder u.ä.) Typ, Baujahr, Kennzeichen, km-Stand	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Genossenschaftsanteile Banken, Wohnungsgenossenschaften	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
sonstiges Vermögen (z.B. Erbteile, wertvolle Möbel, Schmuck, Bilder, Briefmarken, Edelmetalle, Münzen, Segel- Motorboote u.ä.)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Grundvermögen (auch im Ausland, Ferienhäuser/-wohnungen. Wenn ja, ist für jedes Grundstück gesonderte Rentabilitätsberechnung auszufüllen.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja, Lage:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja, Lage:

Zum nicht einzusetzenden Vermögen gehören kleinere Geldbeträge oder Geldwerte bis zu einem Betrag von **5.000,- €** bei Alleinstehenden und **10.000,- €** bei Ehepaaren. Ebenso gehört ein **angemessenes Einfamilienhaus** bzw. eine **angemessene Eigentumswohnung** zum nicht einzusetzenden Vermögen, solange diese weiterhin von dem Ehepartner bewohnt wird. Die Feststellung der Angemessenheit bedarf einer gesonderten Überprüfung.

Wurden von Ihnen innerhalb der letzten 10 Jahre, oder auch davor, Vermögenswerte (Geldbeträge, Haus- oder Grundvermögen, Wertpapiere, o.ä.) übertragen oder verschenkt?

<input type="checkbox"/> nein	Art des Vermögens, Empfänger, Zeitpunkt, Wert
<input type="checkbox"/> ja , ich/wir habe(n) folgendes Vermögen übertragen:	

Haben Sie vertragliche Ansprüche gegen eine(n) Angehörige(n) oder gegen Dritte?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> auf Nießbrauch	<input type="checkbox"/> auf Wohnrecht
<input type="checkbox"/> ja , und zwar:	<input type="checkbox"/> auf Hege und Pflege	<input type="checkbox"/>

Wurde jemals auf die Geltendmachung einer dinglich gesicherten Forderung verzichtet (Wohnrecht, Nießbrauch, o.ä.) oder wurde sie auf einen Dritten übertragen?

<input type="checkbox"/> nein	Art der Forderung, Empfänger, Zeitpunkt, Umfang
<input type="checkbox"/> ja , und zwar:	

Glaubt die nachfragende Person oder sein Ehegatte, weitere noch nicht geklärte Ansprüche zu haben, aus denen er noch keine Leistungen erhält?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> aus der Sozialversicherung	<input type="checkbox"/> als Kriegsbeschädigter
<input type="checkbox"/> ja , und zwar:	<input type="checkbox"/> aus Unfall	<input type="checkbox"/> aus Krankheit
	<input type="checkbox"/> aus anderem Rechtsgrund:	
Wenn ja: Wann und wo wurde der Antrag gestellt?		

Unterhaltspflichtige Angehörige

Hierzu gehören Verwandte in gerader Linie, ersten Grades (**Eltern** und **Kinder**), sowie getrenntlebende und geschiedene Ehegatten / Lebenspartner. Bitte eine Ablichtung des **Familienbuches** beifügen.

Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Straße, Hausnr.				
Wohnort				
Verwandtschafts- verhältnis				
Beruf				
Jahresbruttoein- kommen höher als 100.000 €?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wahrheitsgemäße und vollständige Angaben:

Ich/Wir versichere/n, dass die vorstehenden Angaben **vollständig** und **wahr** sind. Mir/Uns ist bekannt, dass ich/wir wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann/können (§ 263 Strafgesetzbuch - StGB) und zu Unrecht gewährte Sozialhilfeleistungen zurückzuzahlen sind (§§ 45, 50 SGB X).

Mitwirkungspflichten:

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat **alle Tatsachen** anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Absatz 1 Nr.1 Sozialgesetzbuch I - SGB I-).

Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, **unverzüglich** und **unaufgefordert Änderungen** in den Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistung erheblich sind, insbesondere in den **Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen** (Wohnungswechsel, vorübergehende Abwesenheit - z.B. Krankenhausaufenthalte), auch die von Haushaltsangehörigen (§ 60 Absatz 1 Nr.2 SGB I).

Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin/sind ich/wir belehrt worden (§ 66 SGB I).

Antragsbearbeitung und Heimnotwendigkeit:

Ich/Wir habe/n zur Kenntnis genommen, dass der Verlauf des Verfahrens und die Informationen zur Prüfung der Heimnotwendigkeit bzw. zur Prüfung der Notwendigkeit der Aufnahme in einer Demenz-WG dem Merkblatt „Hinweise bei der Beantragung von Sozialhilfe für eine stationäre Heimunterbringung bzw. für die Betreuung in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft für demenzkranke Menschen“ entnommen werden können. Für die erforderlichen Unterlagen existiert eine „Übersicht der bei der Beantragung von Sozialhilfe für eine stationäre Heimunterbringung/amb. betreuten Wohngemeinschaft benötigten Unterlagen“.

Wohnungsauflösung:

Ich/Wir bestätige/n, darauf hingewiesen worden zu sein, dass der **Hausrat der aufzulösenden Wohnung als Einkommen/Vermögen einzusetzen** ist. Entsprechend sind realisierte Werte im Rahmen des Antragsverfahrens bzw. auch nach Bewilligung mitzuteilen. Die Wohnungsauflösung muss grundsätzlich auf eigene Kosten durchgeführt werden. Eine Übernahme der Kosten kommt in Betracht, wenn die sozialhilferechtlichen Voraussetzungen dafür vorliegen, die Vermögensschongrenze bereits unterschritten ist und 2 Kostenvorschläge **vor** Wohnungsauflösung vorgelegt werden. Dazu erhalten Sie ein gesondertes Informationsschreiben.

Datenschutz:

Ich/Wir willige/n in die **Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Weiterleitung meiner/unserer personenbezogenen Daten** im Rahmen der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zum Zwecke der Antragsbearbeitung ein. Diese Einwilligung kann von mir/uns widerrufen werden.

Mir/Uns ist bewusst, dass ohne bestehende datenschutzrechtliche Einwilligung (auch durch Widerruf) grundsätzlich keine Gewährung von Sozialleistungen stattfinden kann. Die einschlägigen Vorschriften zum Datenschutz werden durch den Ennepe-Ruhr-Kreis beachtet. Es werden nur die notwendigen Daten erhoben, gespeichert und verarbeitet, die für die rechtmäßige Erbringung der Sozialleistungen erforderlich sind.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass **Dritte (Kranken-/Pflegekassen, Krankenhäuser, etc.) zum Zwecke der Prüfung der Heimnotwendigkeit notwendige Informationen und Unterlagen dem Ennepe-Ruhr-Kreis mitteilen bzw. vorlegen** dürfen.

Weitere Ausführungen zum Datenschutz können dem „Hinweisblatt Datenschutz“ entnommen werden.

Nachfragende Person, gesetzliche/r Vertreter/in, Bevollmächtigte/r	Ehegatte/Lebenspartner/-gefährte der nachfragenden Person	Aufgenommen durch (Verwaltung)
Unterschrift	Unterschrift	Unterschrift
Name u. Vorname der unterschrittsleistenden Person in Druckbuchstaben	Name u. Vorname der unterschrittsleistenden Person in Druckbuchstaben	Verwaltung und Name der unterschrittsleistenden Person in Druckbuchstaben

Wird durch die/den Sachbearbeiter/in des Sozialamtes angekreuzt:

- Verfahren **Heimnotwendigkeit**: Der Ennepe-Ruhr-Kreis (53/2, Pflegemanagement, E-Mail: Heimnotwendigkeiten@en-kreis.de) wurde über die bevorstehende Heimaufnahme informiert.
- Die örtliche Pflegeberatung wurde durch die/den Sachbearbeiter/in informiert.

53/1**Vollmacht**

Hiermit bevollmächtige ich

Name, Vorname des/der Bevollmächtigten
Anschrift des/der Bevollmächtigten
Telefonnummer und gegebenenfalls Faxnummer und E-Mailadresse des/der Bevollmächtigten

mich in meinen Angelegenheiten gegenüber dem Sachgebiet Soziale Leistungen in Einrichtungen des Ennepe–Ruhr–Kreises zu vertreten.

Name, Vorname des/der Vollmachtgebers

Ort, Datum	Unterschrift des/der Vollmachtgebers
------------	--------------------------------------