

<b>Kreis Viersen</b> Der Landrat - Sozialamt - 41747 Viersen	<b>Antrag auf Sozialhilfeleistungen nach dem          Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)          und Pflegegeld nach dem APG NRW</b>	<b>Tag der erstmaligen          Bekanntgabe:</b>
<b>Datum der Antragstellung:</b>		

**Beantragt wird:**

- Übernahme der Kosten eines Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflegeaufenthaltes **ab** \_\_\_\_\_  
 Übernahme der ungedeckten Kosten der vollstationären Pflege in einer Pflegeeinrichtung **ab** \_\_\_\_\_  
 Übernahme der Kosten einer Tagespflege **ab** \_\_\_\_\_  
 Gewährung von Pflegegeld **ab** \_\_\_\_\_

**I. Angaben zur Person:**

<b>Heimbewohner/in</b> (nachfragende Person)	Name, Vorname		Geburtsdatum	Geburtsort und Geburtsland
	<b>Staatsangehörigkeit</b> <small>(Personalausweis, ggfs. Aufenthaltsgenehmigung beifügen)</small>	<b>(Zukünftige) Pflegeeinrichtung, ab bzw. seit:</b>		
	<b>Adresse innerhalb der letzten zwei Monate <u>vor</u>          Heimaufnahme</b>  Straße  PLZ, Ort		<b>Familienstand</b> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet seit <input type="checkbox"/> geschieden seit <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft seit <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft seit	

<b>Ehepartner/in, Lebenspartner/in, Partner/in ehe- ähnlicher Gemein- schaft</b>	Name, Vorname	Geburtsdatum	Straße, PLZ, Wohnort	
<b>Weitere, im selben Haushalt lebende Person</b>	Name, Vorname	Geburtsdatum	Straße, PLZ, Wohnort	
<b>Geschiedene/r bzw. getrennt lebende/r Ehepartner</b>	Name, Vorname	Geburtsdatum	Straße, PLZ, Wohnort	
<b>Vater/Adoptivvater (nur, wenn nicht verstorben)</b>	Name, Vorname	Geburtsdatum	Straße, PLZ, Wohnort	
<b>Mutter/Adoptivmutter (nur, wenn nicht verstorben)</b>	Name, Vorname	Geburtsdatum	Straße, PLZ, Wohnort	
<b>leibliche Kinder, Adoptivkinder (ggf. gesonderte Aufstellung) Bitte auch verstorbene Kinder mit Angabe des Sterbedatums angeben</b>	Name, Vorname	Geburtsdatum	Sterbedatum	Straße, PLZ, Wohnort
	Name, Vorname	Geburtsdatum	Sterbedatum	Straße, PLZ, Wohnort
	Name, Vorname	Geburtsdatum	Sterbedatum	Straße, PLZ, Wohnort
<input type="checkbox"/> Ich habe keine Kinder bzw. Adoptivkinder				

**Ehepartner/in, Lebenspartner/in, Partner/in eheähnlicher Gemeinschaft werden im Folgenden „Partner/in“ genannt.**

**Schwerbehindertenausweis**

<b>Ausweis besitzt:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Heimbewohner(in) (nachfragende Person)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Partner/in</b>
Ausweis gültig bis _____	Ausweis gültig bis _____
Grad der Behinderung: _____ %	Grad der Behinderung: _____ %
Merkzeichen _____	Merkzeichen _____
<b>Wurde ein Ausweis beantragt?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

**Sonstige Angaben**

<b>Sind Sie Kriegsbeschädigter bzw. –hinterliebener oder gibt es durch Kriegsereignisse gefallene oder vermisste sowie an Kriegsleiden verstorbene Angehörige (Ehemann oder Kinder)?</b>	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____ Name, Verwandtschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/> nein
<b>Sind Angehörige von rechtsstaatswidrigen Entscheidungen der ehemaligen DDR betroffen?</b>	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____ Name, Verwandtschaftsverhältnis	<input type="checkbox"/> nein

**Betreuung/ Vollmacht**

<b>Nimmt ein/e Betreuer/in oder ein/e Bevollmächtigte/r Ihre Interessen wahr?</b>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<i>Wenn ja, bitte nachfolgende Felder ausfüllen! Bitte legen Sie die Bestellungsurkunde oder Vollmacht vor.</i>	
<b>Name, Vorname</b>	
<b>Adresse</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>Ggf. Fax</b>	
<b>Ggf. E-Mail</b>	

**II. Angaben zum Einkommen** (Bitte aktuelle Nachweise beifügen)

Ich bestätige hiermit ausdrücklich, dass ich und mein Partner/meine Partnerin, neben dem nachfolgend aufgeführten und eingetragenen Einkommen, keine weiteren Einkünfte erhalten.

Art:			Heimbewohner(in) (nachfragende Person)			Partner/in
			€ pro Monat			€ pro Monat
<b>Arbeitseinkommen</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Altersrente</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Witwenrente bzw. Witwerrente</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Pension / Versorgungsbezüge</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

<b>Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Unfallrente</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Waisenrente</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Werks-/Zusatz-/Privatrente</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Auslandsrente</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Erträge aus Kapitalvermögen (Zinsen, Dividende etc.)</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Mieteinnahmen / Pachteinnahmen</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Wohngeld nach dem Wohngeldgesetz</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Privatrechtliche, geldwerte Ansprüche</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Kindergeld</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Leistungen für hochgradig Sehbehinderte</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Blindengeld</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Unterhaltshilfe/Entschädigungsrente</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Sonder- / Weihnachtsgewährung</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Steuererstattung</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
<b>Sonstige Einkünfte</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

**III. Versicherungen von Ihnen, Ihrem/Ihrer Partner/in** (Bitte Nachweise beifügen)

	<b>Bestehen:</b>	<b>Versicherungsgesellschaft</b>	<b>Jahresbeitrag</b>
<b>Haftpflichtversicherung</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Hausratversicherung</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Weitere Versicherungen</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

**IV. Vermögen von Ihnen, Ihrem/Ihrer Partner/in** (Bitte legen Sie Nachweise bzw. Versicherungsscheine in Kopie bei)

<b>Bargeld</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
<b>Girokonto</b> <small>(Auszüge 3 Monate rückwirkend, lückenlos)</small>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
<b>Bausparvertrag</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
<b>Sparguthaben (Sparbuch, Festgeld, Ratensparvertrag, Geldmarktkonto usw.)</b> <small>(Auszüge 10 Jahre rückwirkend)</small>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €

<b>Wurde ein Sparguthaben (Sparbuch, Festgeld, Ratensparvertrag usw.) in den letzten 10 Jahren aufgelöst?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
<b>Genossenschaftsanteile, Geschäftsanteile</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
<b>Kautio/en (hinterlegt z. B. beim Vermieter oder im Pflegeheim)</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
<b>Bestattungsvorsorgevertrag</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
<b>Grabpflegevertrag</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
<b>Staatlich geförderte, private Altersvorsorge Anlageform:</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Vorsorgebetrag in €
<b>Lebens-/Rentenversicherung Anzahl:</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Rückkaufwert bei Antragstellung in €
<b>Sterbeversicherung Anzahl</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Rückkaufwert bei Antragstellung in €
<b>Unfallversicherung mit Rückkaufwert</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Rückkaufwert bei Antragstellung in €
<b>Wertpapiere: Anlageform/Institut</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
<b>Kraftfahrzeug(e)</b> (Km-Stand angeben und Kfz-Schein vorlegen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wert in €
<b>Sonstige Forderungen Art der Forderung und Schuldner</b> (z.B.: Schadensersatz, Pflichtteil, Außenstände usw.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
<b>Ansprüche aus Erbschaften</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
<b>Sonstiges Vermögen und zwar:</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Betrag in €

### Angaben zu Immobilien

<b>Sind Sie, Ihr/e Partner/in (Mit-)Eigentümer/in von Immobilien?</b>			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Art der Immobilie</b>	<b>Lage der Immobilie</b> Bitte Adresse angeben (wenn vorhanden, Wertermittlung in Kopie beifügen)	<b>Größe</b> a) Grundstücksfläche b) Wohnfläche		
<b>Hauseigentum</b>		a) _____ b) _____		
<b>Wohnungseigentum</b>		a) _____ b) _____		
<b>Unbebaute sowie land- und forstwirtschaftlich genutzte Grundstücke</b>		a) _____ b) _____		
<b>Sonstige Flächen</b>		a) _____ b) _____		

### Angaben zu Schenkungen und Vermögensübertragungen

**Wurde vor Heimaufnahme Vermögen auf andere Personen übertragen, z. B. Haus-/Grundvermögen, Geld, weitere Schenkungen, oder wurde auf Wohnrechte bzw. sonstige Rechte verzichtet?**

ja, in den letzten 10 Jahren       ja, vor über 10 Jahren       nein

**Haben Sie, Ihr/e Partner/in jemandem Geldbeträge geliehen (private Darlehen)?**

ja       nein

Sollten Sie bei den zuvor genannten Fragen „ja“ angekreuzt haben, füllen Sie bitte die nachfolgenden Zeilen aus:

Begünstigte/r (Name, Adresse, ggf. gesonderte Aufstellung beifügen)	Art der Zuwendung (Was wurde übergeben?)	Höhe/Wert der Zuwendung

### Vertragliche Rechte (Bitte legen Sie den entsprechenden Vertrag, Urteil, etc. vor)

<b>Anspruch auf Wohnrecht</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Anspruch auf Pflege</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Nießbrauch, Leibrente und sonstige Rechte</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Verpfändungen/Bürgschaften</b>	Begünstigter: _____ Seit wann: _____, aktuelle Höhe: _____
<b>Verzicht auf vertragliche Rechte</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Erläuterung:

## V. Allgemeines

### Kranken-/Pflegeversicherung (bitte entsprechende Nachweise vorlegen)

<b>Name der Krankenkasse/Pflegekasse</b>	<b>Art der Versicherung</b> <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	<b>Versicherungsnummer</b>
<b>Bei freiwilliger oder privater Versicherung, bitte Höhe der monatl. Beiträge angeben: Nachweis über den Leistungsumfang (Basistarif etc.)</b>		
<b>Beihilfeanspruch?</b>	Haben Sie einen Beihilfeanspruch (z. B. nach Beamtenrecht)? <input type="checkbox"/> ja, Beihilfestelle: _____ <input type="checkbox"/> nein	

### Angaben zur Pflegebedürftigkeit/Heimnotwendigkeit

Ein MDK-Gutachten liegt vor und ist diesem Antrag beigelegt

ja  nein, das MDK-Gutachten wird unmittelbar nach Erhalt nachgereicht

Die Einstufung in einen Pflegegrad liegt vor und ist diesem Antrag beigelegt

ja  nein, der Einstufungsbescheid wird unmittelbar nach Erhalt nachgereicht

Weitere Unterlagen zur Begründung der Heimnotwendigkeit (insbesondere ärztliche Stellungnahme, Entlassbericht Krankenhaus, Pflegeüberleitungsbogen):

---

---

Gründe für eine Heimaufnahme (ggfls. bitte auf einem gesonderten Blatt darlegen):

---

---

---

### Angaben zum Bezug von Sozialleistungen vor Aufnahme in die Pflegeeinrichtung

Haben Sie, Ihr Partner/in bereits vor der Heimaufnahme Sozialleistungen erhalten?

ja  nein

Wenn ja, um welche Sozialleistung handelt es sich genau?

- Hilfe zum Lebensunterhalt  Hilfe zur häuslichen Pflege  
 Grundsicherung im Alter und bei dauerhafter Erwerbsminderung  Eingliederungshilfe  
 Sonstige Hilfen (ALG II, Krankengeld etc.): \_\_\_\_\_

Von welchem Sozialhilfeträger haben Sie diese Leistungen erhalten und bis wann?  
Bitte Bescheide beifügen

### Angaben zur Wohnung, die vor Heimaufnahme bewohnt wurde:

1. Sie leben bzw. lebten vor Heimaufnahme (bzw. Ihr/e Partner/in lebt) in: <input type="checkbox"/> Mietwohnung <input type="checkbox"/> eigenem Haus <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar _____
2. Sie wohnen mietfrei <input type="checkbox"/> nein, siehe Punkt 3 „Angaben zur Wohnung und zu den Kosten“ <input type="checkbox"/> ja, vollständig <input type="checkbox"/> ja, aber es müssen Nebenkosten getragen werden, in Höhe von _____ Euro. Wenn ja, besteht die Mietfreiheit aufgrund einer vertraglichen Vereinbarung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Angaben zur Wohnung und zu den Kosten (Nachweis, z.B. Mietvertrag vorlegen) Kaltmiete: _____ €, Nebenkosten ohne Heizung und Strom: _____ €, Heizkosten <b>Bei Alleinstehenden ist die Wohnung sofort zu kündigen.</b>

**Besondere Belastungen, sonstige relevante Angaben oder Erläuterungen:**

**Sofern im Antragsformular nicht ausreichend Platz für Ihre Angaben vorhanden ist, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei.**

**Wichtige Hinweise und Erläuterungen**

- Hiermit erkläre ich, dass ich die entstehenden Kosten voraussichtlich nicht vollständig aus den Leistungen der Pflegeversicherung, meinem Einkommen und Vermögen und sonstigen Leistungen zahlen kann.  
Hinweis: Soweit Anspruch auf Sozialhilfe besteht, sind die Zahlungen vom Sozialhilfeträger direkt an die Einrichtung zu leisten.
- Soweit der Sozialhilfeträger jetzt oder in Zukunft Auskünfte und/oder Unterlagen bei Dritten einzuholen hat, die zur Entscheidung über diesen Antrag auf Sozialhilfeleistungen erforderlich sind (z.B. bei der Pflegeeinrichtung, bei Ärzten, Versicherungen, Banken, Behörden, Notaren, Gerichten, Rechtsanwälten, Kranken- und Pflegekassen usw.) entbinde ich diese mit meiner Unterschrift unter diesem Antrag ausdrücklich ab sofort von ihrer Schweigepflicht und stimme der Erteilung der erforderlichen Auskünfte ausdrücklich zu (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I; § 117 SGB XII).
- Das Sozialamt ist befugt, beim Bundeszentralamt für Steuern Kontostammdaten abzurufen, sofern ein Auskunftersuchen an mich und meine(n) Partner/in für die Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen nicht zum Ziel geführt haben oder keinen Erfolg versprechen (§ 93 Abs. 8 Abgabenordnung).
- Ich wurde darauf hingewiesen, dass bei einem überzogenen Girokonto Renten für die Dauer von 14 Tagen seit Gutschrift der Überweisung unpfändbar sind (§850k Abs. 6 ZPO). Im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht habe ich die Renten innerhalb dieses Zeitraums vom Konto abzuholen und zur anteiligen Deckung meiner Heimkosten einzusetzen.
- Soweit sich meine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) abweichend von den Antragsangaben entwickeln, werde ich die Änderungen unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialamt mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenen Personen.

In Ihrem eigenen Interesse möchten wir Sie bitten, die jeweiligen Unterlagen zu Ihren Angaben mit dem Antrag zusammen vorzulegen. Sie tragen dadurch zu einer zeitnahen Bearbeitung bei und verringern den Umfang von Nachfragen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Antrag wahrheitsgemäß ausgefüllt habe und ein Exemplar der Merkblätter erhalten und zur Kenntnis genommen habe.

Die Verpflichtung zur Mitwirkung ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Hilfe nach § 66 Abs. 1 SGB I ganz oder teilweise versagt werden.

Sollten aufgrund falscher oder fehlender Angaben Sozialhilfeleistungen zu Unrecht bewilligt werden, sind diese zu erstatten. Dieses Fehlverhalten kann eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen. Auch der Versuch ist strafbar (§ 263 Strafgesetzbuch).

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der nachfragenden Person)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Partner/in)

**ODER**

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Betreuers, Bevollmächtigten)

\_\_\_\_\_  
Antrag aufgenommen

\_\_\_\_\_  
Behördenbezeichnung