

Kreisverwaltung Darmstadt-Dieburg

Fachbereich Soziales und Teilhabe

540.6 - Stationäre Pflege

Jägertorstr. 207

64289 Darmstadt

☎ 06151 / 881 - 0



Antrag auf Übernahme der Kosten für die Betreuung in Pflegeeinrichtungen

A: Angaben zur Person:

1	Name, ggf. Geburtsname:		
2	Vorname:	Staatsangehörigkeit:	
3	Geburtsdatum:	Geburtsort:	
4	Familienstand (ledig, verheiratet, getrennt lebend, geschieden, verwitwet):		seit:
5	Liegt eine Schwerbehinderung vor? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		Umfang der Behinderung in %:
6	Steueridentifikationsnummer des Bundeszentralamtes für Steuern (11-stellig)		
Wo haben Sie zwei Monate vor Aufnahme in der Pflegeeinrichtung gewohnt?			
6	Straße:		
7	Postleitzahl / Wohnort:		
Wer vertritt Sie ggf. in dieser Angelegenheit?			
8	Name:		
9	Anschrift (Straße, Postleitzahl, Ort):		
10	Telefon:	Fax:	E-Mail:
11	tätig als: <input type="checkbox"/> amtlich bestellte/r Betreuer/in <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r <input type="checkbox"/> Ansprechpartner/in		

B: Angaben zur Pflegeeinrichtung:

12	Name der Einrichtung:		
13	Straße:		
14	Postleitzahl / Ort:		
15	Telefon:	Fax:	E-Mail:
16	Art der Betreuung: <input type="checkbox"/> Tagespflege <input type="checkbox"/> vollstationäre Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> vollstationäre Dauerpflege		
17	Aufnahmedatum:		

C: Angaben zur Pflege- und Krankenversicherung:

18	Name der Versicherung:	Versicherungsnummer:
19	Straße:	
20	Postleitzahl / Ort:	
21	Wann wurde ein Antrag auf Pflegeversicherungsleistungen gestellt?	
22	Wurde bereits ein Pflegegrad festgestellt? <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5	

23	Bestehen Ansprüche auf Beihilfeleistungen aus einem beamtenrechtlichen Dienstverhältnis? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
24	Beihilfestelle:	Personalnummer / Aktenzeichen:
25	Straße:	
26	Postleitzahl / Ort:	
27	Telefon:	Fax: E-Mail:

D: Angaben über Einkommensverhältnisse:

Name des/der Einkommens- beziehers/in; bei Verheirateten auch des Ehegatten:		Einkommensart:	Betrag:
28		Altersruhegeld:	
29		Witwenrente:	
30		Zusatzrente:	
31		Firmenrente:	
32		Leistungen nach dem Grundsicherungsgesetz:	
33		Entschädigungsrente	
34		Erträge aus Vermietung und Verpachtung:	
35		Zinserträge:	
36		Sonstiges Einkommen:	
Gesamtbetrag:			

**E: Angaben über Unterkunftskosten bis zur Aufnahme in die
Pflegeeinrichtung:**

37	Monatliche Kaltmiete:	
38	Heizkosten:	
39	Sonstige Nebenkosten:	
40	Wohnungskautions:	
41	Wohnungsgröße:	
42	Bestehen Wohngeldansprüche? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	wenn ja, in Höhe von:

F: Angaben über Vermögensverhältnisse:

Vermögenswerte des/der Antragstellers/in und des nicht getrennt lebenden Ehegatten:		Konto-/ Vertragsnummer:	Institut:	aktueller Bestand am:	Betrag:
43	Girokonto:				
44	Girokonto:				
45	Sparbuch:				
46	Sparbuch:				
47	Aktien/Wertpapiere:				
48	Festgeld/Sparbrief:				
49	Geschäftsanteile:				
50	Lebensversicherung:				
51	Sterbegeldversicherung:				
52	Bestattungsvorsorgevertrag:				
53	Sonstiges:				
Gesamtbetrag:					
Sind Sie oder Ihr Ehegatte Eigentümer von Grund-, Haus- oder Wohnungseigentum?					
54	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			Verkehrswert:	
55	Gemarkung:	Flur:	Flurstück:		
56	Grundstücksgröße:	Baujahr:	Anzahl der Wohnungen:		
Sind Sie oder Ihr Ehegatte Halter eines Kraftfahrzeuges?					
57	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja			Wenn ja, amtliches Kennzeichen:	
58	Hersteller:	Modell:	Erstzulassung:	Kilometerstand:	

G: Angaben über privatrechtliche Ansprüche gegenüber Dritten:

Haben sie innerhalb der letzten 10 Jahre Vermögen veräußert, übertragen und/oder verschenkt?			
59	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Art des Vermögens:	übertragen/verschenkt an:	Datum:	Wert:
60	Grundvermögen:		
61	Geldvermögen:		
62	Versicherungen:		
Besitzen Sie Ansprüche aus vertraglichen Vereinbarungen? (Wohnrecht, Einsitzrecht, Nießbrauchrecht und/oder Recht auf Wartung und Pflege?)			
63	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
wenn ja, Art des vertraglichen Anspruches:			
64	<input type="checkbox"/> Wohnrecht/Einsitzrecht	<input type="checkbox"/> Nießbrauch	
	<input type="checkbox"/> Recht auf Wartung und Pflege	<input type="checkbox"/> Leibrente	
Haben Sie Schadenersatzansprüche gegenüber Dritten?			
65	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
66	wenn ja, gegenüber wem?		
67	Anschrift:		

H: Angaben über Kinder und Ehepartner/-in (unterhaltspflichtige Angehörige):

		1.	2.	3.	4.
68	Name, ggf. Geburtsname:				
69	Vorname:				
70	Geburtsdatum:				
71	Straße, Hausnummer:				
72	Postleitzahl:				
73	Wohnort:				
74	Beruf:				

(Bei mehr als vier unterhaltspflichtigen Angehörigen bitte zusätzliches Blatt verwenden) /...

Erklärung des/der Hilfesuchenden oder des/der gesetzlichen Vertreters/in für die /den Hilfesuchende/n:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind - insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie Wohnungswechsel - unverzüglich und unaufgefordert der bewilligenden Stelle mitzuteilen.

Im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach dem Sozialgesetzbuch (§§ 60-67 SGB I) bin ich verpflichtet, die Ärzte, die mich behandeln oder behandelt haben oder denen ich vorgestellt worden bin oder werde, auf Aufforderung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Träger der Hilfe zu entbinden, soweit dies für die Gewährung der Hilfe erforderlich ist.

Zur Auskunftserteilung durch Ärzte, Banken/Sparkassen usw. ist im Einzelfalle noch eine besondere Erklärung notwendig. Das Merkblatt M (Auszug aus dem Sozialgesetzbuch über die Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten) habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Komme ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrages, bzw. zur Einstellung bereits gewährter Leistungen führen (§ 66 SGB I). Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift der nachfragenden Person bzw. ihres/r gesetzlichen Vertreters/in oder Betreuers/in, falls dieser Antragsteller/in ist)

Erforderliche Unterlagen zur Antragsbearbeitung

- ⇒ Aktueller Bescheid der Pflegekasse, welche Leistungen bei der stationären Pflege aus Mitteln der Pflegeversicherung gewährt werden.
Es wird um Vorlage des Gutachtens des Medizinischen Dienstes gebeten, aus dem die Notwendigkeit der Heimaufnahme hervorgeht.
- ⇒ Einkommensnachweise des/der künftigen Heimbewohners/in (gültige Rentenanpassungsmitteilung, Bescheide über die Gewährung von Versorgungsbezügen, BVG-, LAG-, Firmen-, Zusatz- und sonstige Renten sowie Einkünfte aller Art).
- ⇒ Girokontoauszüge der letzten drei Monate vor der Antragstellung
- ⇒ vollständige Kopien sämtlicher Sparbücher sowie Nachweise über sämtliche andere Anlagekonten
- ⇒ Bestätigung der kontoführenden Bank(en) welche Konten, Sparbücher, Sparbriefe und sonstige Sparanlagen aktuell sowie innerhalb der vergangenen 10 Jahre geführt werden bzw. wurden
- ⇒ Nachweis über Rückkaufswerte bestehender Lebens- und Sterbegeldversicherungen..
- ⇒ Vollständige Kopien sämtlicher Übergabeverträge, Kauf- und Schenkungs- und Bestattungsvorsorge-verträge.
- ⇒ Nachweise zu den Unterkunftskosten bis zu Heimaufnahme (Mietvertrag) und Mitteilung über den Zeitpunkt der Wohnungsauflösung.
- ⇒ Fotokopie einer Vollmachtserklärung, bzw. eines Betreuerausweises.
- ⇒ Schwerbehindertenausweis (Vorder- und Rückseite)
- ⇒ Wurde bei der antragstellenden Person eine demenzielle Erkrankung ärztlich diagnostiziert?