

ANTRAG
auf Gewährung von stationären Leistungen
nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)
oder
nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

		Antragsteller:in	Haushaltsangehörige:r vor Eintritt in die Einrichtung	Haushaltsangehörige:r vor Eintritt in die Einrichtung
1	Name			
2	Vorname			
3	Geburtsname			
4	Geburtsdatum			
5	Geburtsort			
6	Familienstand			
7	Verwandtschaftsverhältnis zu antragstellenden Person			
8	Staatsangehörigkeit			
9	Name und Anschrift der Einrichtung			
10	Adresse vor Heimaufnahme			

11	Gesetzlich bestellte Betreuung oder Bevollmächtigte:r der antragstellenden Person		
	Name, Vorname		Telefonnummer
	Anschrift		

12	Bei getrennt lebenden Ehegatten
	Getrennt lebend seit (Datum)

13	Bei geschiedener Ehe		
	Geschieden seit (Datum)		
	Gericht	Urteil vom	Aktenzeichen
	Unterhaltsregelung		
	Urteil vom		Aktenzeichen

14	Angehörige (Kinder, Eltern)			
	Verwandschafts verhältnis	Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift
Sind Kinder oder Ehegatten durch Kriegseinwirkungen verstorben? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				

15	Schwerbehinderung	
	Schwerbehindertenausweis vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Grad der Behinderung	
	Eingetragene Merkmale	

16	Kranken-/Pflegeversicherung	
	Name der Kranken- und Pflegekasse	
	Versicherungsnummer	
	Haben Sie bereits einen Pflegegrad?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Pflegegrad	
	Sind Sie Beihilfeberechtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	ggf. Beihilfestelle	

17	Versicherungs- und sonstige Ansprüche <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	Art	Versicherungsträger	Betrag monatlich	Versicherungssumme und aktueller Rückkaufwert
	Versorgungsansprüche			
	Sterbekasse			
	Lebensversicherungen			
	Aus Verpflichtungserklärungen nach §68 AufenthG			

18	Einkommensverhältnisse Erwerbseinkommen, Renten, Versorgungsbezüge, Pensionen, Kindergeld, Ausbildungszulage, Grundsicherungsleistungen, Unterhalt, Wohngeld, Bezüge nach dem LAG o. a.		
		Antragsteller:in	Haushaltsangehörige:r vor Eintritt in die Einrichtung
	Einkommensart		
	Zahlende Stelle		
	Renten- oder Aktenzeichen		
	Betrag mtl.		

19	Besondere Einkommensarten	
	Werden Einkünfte	
	<ul style="list-style-type: none"> - aus nichtselbständiger Tätigkeit und/oder - Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft und/oder - andere Einkünfte (z. B. aus Kapitalvermögen, Dividenden usw.) erzielt? 	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche und in welcher Höhe (Betrag monatlich)?		

20	Miete für Wohnung	
		Betrag
	Grundmiete	
	Nebenkosten	
	Heizkosten	
	Gesamtmiete	
Ggf. Vertragskündigung zum:		

21	Schuldverpflichtungen (Kreditverträge usw.)	
		Antragsteller:in
		Haushaltsangehörige:r vor Eintritt in die Einrichtung
	Art	
	Gläubiger:in	
	Laufzeit bis	
	Gesamthöhe	
mtl. Tilgung/Rate		

22	Vermögen aus Sparguthaben usw.			
		Betrag	Bank	IBAN/BIC (Konto)
	Barvermögen			
	Girokonto			
	Girokonto			
	Sparbuch			
	Sparbuch			
	Sparvertrag			
	Wertpapierdepot			
Sonstiges Vermögen (Rechte, Forderungen, Schmuck, Wertgegenstände. usw.)				

23	Vermögen aus Haus- bzw. Grundbesitz	
	Haus- und Grundbesitz <u>ist</u> vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Haus- und Grundbesitz <u>war</u> vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	wenn ja	
	Art und Nutzung	
	Lage	
	Grundbuchbezeichnung	
	Eigentümer:in	
	Verkehrswert ggf. eigene Einschätzung	
	ggf. Datum des Eigentümer:innenwechsels	

24	Vertraglich gesicherte Ansprüche <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Art des Anspruchs (z. B. Wohnrecht, Nießbrauch)	Vertrag vom	Wert

25	Belastungen (Hypotheken, Bauspardarlehen usw.)			
	Gläubiger:in	Höhe in €	Zinsen jährlich in €	Tilgung jährlich in €

26	Kosten und Verpflichtungen	
	Grundsteuer und Deichbeitrag (jährlich)	
	Andere Abgaben (jährlich)	
	Versicherungen (jährlich)	

27	Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung		
	Objekt	Mieter/in	Miete monatlich

28	Weiter Angaben zu den Vermögens- und Einkommensverhältnissen		

29	Erklärung über Vermögensschenkungen/-übertragungen innerhalb der letzten 10 Jahre		
	<input type="checkbox"/> Ich habe innerhalb der letzten 10 Jahre <u>kein</u> Vermögen oder Haus- und Grundbesitz verschenkt oder übertragen. <input type="checkbox"/> Ich habe innerhalb der letzten 10 Jahre Vermögen oder Haus- und Grundbesitz verschenkt oder übertragen.		
	Name und Anschrift Begünstigte:r		
	Datum der Schenkung/ Übertragung	Wert der Schenkung/ Übertragung	Art der Schenkung/Übertragung (Vermögen/Haus- und Grundbesitz, Sonstiges)

30	Beantragte Leistungen		
	Kostenart:	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe	<input type="checkbox"/> Dauerpflege <input type="checkbox"/> Sonstiges
	Maßnahmebezeichnung bei Eingliederungshilfe und Sonstiges		
	Name und Anschrift der Einrichtung/Träger der Maßnahme		
	Dauer der Unterbringung	vom	bis

31	Wurde die Kostenübernahme für diese Leistungen bei einer Kranken-/Pflegekasse, einem Rentenversicherungsträger oder einer anderen Stelle beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja, dann Name und Anschrift

32	Anmerkungen oder besondere Hinweise zum Antrag

Hinweis:

Sämtliche Angaben sind durch entsprechende Nachweise zu belegen. Originalbelege erhalten Sie nach Einsichtnahme zurück.

Sie sind verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erforderlich sind. Insbesondere Änderungen der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit, Krankenhausaufenthalte, die Aufnahme von Arbeit (auch Gelegenheitsarbeit) sind dem Amt für Soziale Dienst unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen.

Erklärung:

Ich versichere die Wahrheit und Vollständigkeit meiner Angaben, auch soweit sie auf besonderen Blättern/Anlagen zu diesem Antrag gemacht wurden. Insbesondere wurden alle Einkünfte und Vermögen, auch der in meiner Haushaltsgemeinschaft lebenden Angehörigen, vollständig angegeben.

Im Falle der Antragstellung bei einem unzuständigen Träger bin ich mit einer Weiterleitung meines Antrages und der eingereichten Unterlagen

- einverstanden.
 nicht einverstanden.

Ort/Datum

Unterschrift der antragstellenden Person oder
gesetzliche Vertretung bzw. Bevollmächtigte:r

Antrag zurücksenden an:

Amt für Soziale Dienste
Sozialzentrum Hemelingen/Osterholz
Fachdienst Stationäre Leistungen
Pfalzburger Straße 69 a
28207 Bremen