

Antrag auf Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Sozialgesetzbuch -
Zwölftes Buch (SGB XII)

stationäre Pflege ambulante Pflege

Hinweis:

Die Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 - Sozialgesetzbuch- Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt gemäß § 67b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 (Obliegenheit) Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I). Um Missbräuche zu vermeiden, werden Ihre Angaben gemäß § 118 SGB XII teilweise mit Angaben, die Sie eventuell gegenüber anderen Leistungsträgern gemacht haben, automatisch verglichen.

PERSÖNLICHE VERHÄLTNISSE

		Hilfesuchender	Ehegatte/Lebenspartner	Vater/Mutter
1.	Name			
2.	Vorname			
3.	Geburtsname			
4.	Geburtsdatum			
5.	Geburtsort (Kreis/Land)			
6.	Familienstand			
7.	Staatsangehörigkeit <input checked="" type="checkbox"/> BPA <input type="checkbox"/> Reisepass Ausweisnummer			
8.	Anschrift <input type="checkbox"/>			
9.	Schulabschluss			
10.	Berufsausbildung			
11.	Letzte berufliche Tätigkeit			
12.	Arbeitgeber (Name, Anschrift)			
13.	Ausgeübte Tätigkeit			

14.	Aufenthalt in den letzten 2 Jahren (auch in Heimen, Krankenhäusern etc.)			
-----	--	--	--	--

15. Status bei Ausländern			
	Hilfesuchender	Ehegatte/Vater	Mutter
Asylbewerber			
Asylberechtigter			
Kontingentflüchtling			
De-facto-Flüchtling			
Sonstiger § 23 SGB XII			
Duldung			
Aufenthaltsgestattung			
Aufenthaltsbefugnis(Ausländergesetz)			
Aufenthaltserlaubnis erteilt bis:			
Niederlassungserlaubnis			
Bemerkungen:			

16	Gesetzlich bestellter Betreuer oder Bevollmächtigter des Hilfesuchenden		
Wirkungskreis			
Name, Vorname			
Anschrift			<input type="checkbox"/>
Bestellt durch das Vormundschaftsgericht in			
Geschäftszeichen			

17.	Bei getrennt lebenden Ehegatten	getrennt lebend seit
18.	Bei geschiedener Ehe	geschieden seit
	Gericht	Urteil vom
	Unterhaltsregelung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Unterhaltsurteil /Vereinbarung vom	Geschäftszeichen
19.	Bei verwitweten Personen	verwitwet seit
	Name	Geb.-Datum
	Beruf	

20.	Angehörige – Eltern, Großeltern, Kinder, Enkel und Geschwister – die mit dem Hilfesuchenden in Haushaltsgemeinschaft leben – soweit noch nicht erfasst, sowie sonstige Personen (z.B. Lebenspartner)			
Name, Vorname (Geburtsname)	Geburtsdatum	Verw.-Verhältnis zum Antragsteller	Geburtsort/ Geburtsland	Beruf/ Beschäftigung
a)				
b)				
c)				
d)				

Anschrift	Arbeitgeber	Nettoeinkommen	zu versorgende Fam.-Angehörige
a)			
b)			
c)			
d)			

21.	Unterhaltspflichtige Angehörige – soweit noch nicht erfasst			
Name, Vorname (Geburtsname)	Geburtsdatum	Verw.-Verhältnis zum Antragsteller	Geburtsort/ Geburtsland	Beruf/Beschäftigung
a)				
b)				
c)				
d)				
Anschrift	Arbeitgeber	Nettoeinkommen	zu versorgende Familienangehörige	
a)				
b)				
c)				
d)				

22.	Zusätzliche Angaben bei nichtehelichen Kindern:
Name des Vaters	
Beruf	
Geburtsdatum/Geburtsort	
Vaterschaft anerkannt/festgestellt vor/durch (Gericht., Amt für Jugend, Familie und Frauen, Notar)	
Amtsvormund/-beistand/-pfleger (Aktenzeichen)	
Unterhaltshöhe	
Freiwillige Zahlungen? Zwangsmaßnahmen?	

23.	Schwerbehinderung
Art der Behinderung	
Ausweis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja	
Grad der Behinderung	gültig bis
Eingetragene Merkmale	
Anspruch auf eine Wertmarke	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

24.	Kranken-/Pflegeversicherungsschutz Hilfesuchender		
<input type="checkbox"/> Pflichtmitglied	<input type="checkbox"/> freiw. Mitglied	<input type="checkbox"/> Rentenbewerber	
<input type="checkbox"/> Familienversicherung			
Name und Anschrift der Krankenkasse-/Pflegekasse			
Mitgliedsnummer			
Beitragshöhe mtl.			
Haben Sie bereits einen Pflegegrad?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	falls ja, Pflegegrad	
Wann wurde erstmalig Pflegebedürftigkeit festgestellt?	Datum: Bescheid der Pflegekasse vom:		
Aufenthalt zum Zeitpunkt der Feststellung von Pflegebedürftigkeit?	Ort: Straße:		

EINKOMMENSVERHÄLTNISSE

25.	Renten, Versorgungsbezüge, Pensionen, Kindergeld, Ausbildungszulage, Grundsicherungsleistungen, Wohngeld, Lastenzuschuss, ALG II, freiwillige Zuwendungen, Bezüge nach dem LAG etc. (dazu zählen auch Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit, Land- und Forstwirtschaft, Kapitalvermögen usw.)			
Art	Berechtigter	Zahlende Stelle(Abk.)	Renten-/Aktenzeichen	Betrag in €
Witwen-/Witwerrente				
Altersruhegeld				
EU- oder BU-Rente				
Betriebsrente				

Art	Berechtigter	Zahlende Stelle(Abk.)	Renten- /Aktenzeichen	Betrag in €
Versorgungsbezüge				
Pensionen				
Sonstige Rente				
Arbeitsverdienst (netto)				
Kranken- /Übergangsgeld				
ALGI/ALGII				
Unterhaltsleistungen (Unterhaltsvorschuss)				
Kindergeld				
Wohngeld/Lastenzuschuss				
Grundsicherung				
Freiwillige Zuwendungen				
Sonstige Einkommen (Zinserträge, Einkünfte Vermietung/Verpachtung usw.)				

26.	Schweben Rentenverfahren, Unterhaltsklagen oder ist aus sonstigen Gründen Einkommen zu erwarten?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Art:	

27. Versicherungs- und sonstige Ansprüche			
Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e			
Versicherungsberechtigter für Versicherung <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> e			
Art	Versicherungsträger	Betrag mtl.	Versicherungssumme/ Rückkaufswert
a) Versorgungsansprüche			
b) Sterbegeld			
c) Lebensversicherung			
d) Bestattungsvorsorge			
e)			

VERMÖGENSVERHÄLTNISSE

28.		Bank/Sparkasse:	Kontostand am	Summe
Barvermögen				
Girokonto		IBAN: BIC:		
Girokonto		IBAN: BIC:		
Sparkonto		IBAN: BIC:		
Sparkonto		IBAN: BIC:		
sonstige Vermögenswerte (Wertpapiere, Forderungen, Rechte, Wertgegenstände, Schmuck, Sammlungen usw).				
PKW		<input type="checkbox"/> nein Pol.-Kennzeichen: <input type="checkbox"/> ja Typ: Baujahr:		

29.	War bzw. ist Haus- u. Grundbesitz vorhanden gewesen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
falls ja:		Vorhandener Grundbesitz	Verkaufter/verschenkter Grundbesitz in den letzten 10 Jahren
Lage			
Art/Nutzung			
Größe			
Wert			
Grundbuchbezeichnung Eigentümer ggf. Datum des Eigentümerwechsels			

VERPFLICHTUNGEN

30.	Angaben Mietwohnung		
Anschrift:			Nr.:
Größe qm	Zimmer:	qm:	
Vermieter:	Name:	Anschrift:	
Baujahr:			
Untervermietet	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Name Untermieter:	
Miete	Grundmiete €	Nebenkosten €	
	Wasser/Kanal €	Hzg.-Kosten €	
Energieträger	<input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Fern-/Sammelheizung <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
Versicherungen	Haftpflichtvers. Mtl. €	Hausratvers. Mtl. €	
Geleistete Mietanteile/Bauanteile/Mietsicherheit <input type="checkbox"/> ja € Datum			
<input type="checkbox"/> nein			

31.	Angaben Eigentum (Wohnung/Haus)
Belastungen (Zinsen usw.) s. Aufstellung insgesamt : €	

32.	Sonstige Zahlungsverpflichtungen	Summe
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Kredite/sonstige Schulden	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges	
	<input type="checkbox"/> Sonstige Versicherungen	

33.	Beantragte Leistungen:	
<input type="checkbox"/> Hilfe zur Pflege	<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> stationär
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege	<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> stationär
<input type="checkbox"/>		
Darlehn gem. § 37 (3) SGB XII (Zuzahlung KV) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> ggf. Name und Anschrift der Einrichtung/Pflegeverband:		
Beginn der Maßnahme		
34.	Ist die Kostenübernahme bei einer Pflegekasse/einem Rentenversicherungsträger oder anderen Stellen beantragt worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei

35.	Bemerkungen

36.	Geldinstitut, an welches Überweisungen vorgenommen werden sollen (Hilfesuchender) Geldinstitut: IBAN: BIC:
-----	---

37.	Erklärung zum Antrag:	
<input type="checkbox"/>	Ich habe innerhalb der letzten 10 Jahre kein Vermögen oder Haus- und Grundbesitz verschenkt.	
<input type="checkbox"/>	Ich habe innerhalb der letzten 10 Jahre Vermögen oder Haus- und Grundbesitz verschenkt.	
Name und Anschrift/en des/der Beschenkten:		
Datum der Schenkung	Wert der Schenkung	Art der Schenkung (Vermögen/Haus- und Grundbesitz)
Gemäß § 528 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) hat ein Schenker bei Verarmung, d. h. wenn er seinen angemessenen Lebensunterhalt nicht selbst bestreiten kann, einen Rückforderungsanspruch gegenüber dem Beschenkten. Ein solcher Rückforderungsanspruch ist grundsätzlich geltend zu machen, bevor Sozialhilfeleistungen gewährt werden können.		

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und richtig sind. Ausdrücklich wurde ich darauf hingewiesen, dass ich

1. mich durch unwahre Angaben oder durch Verschweigen von Einnahmen und Vermögen strafbar mache.
2. jede Änderung in meinen Familien-, Vermögens- und Einkommensverhältnissen oder meiner Angehörigen sowie sämtliche Forderungen, Erbansprüche und aus sonstigen Gründen anfallende Einnahmen dem Sozialamt umgehend unaufgefordert mitzuteilen habe.

Bremerhaven,

.....
 Unterschrift des Antragstellers
 bzw. des Bevollmächtigten/Betreuers

.....
 Unterschrift des Sachbearbeiters

Erklärung

zum Antrag auf Gewährung von Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) – Sozialhilfe – (SGB XII)

Die von mir oder meinem Bevollmächtigten im Antrag auf Sozialhilfe gemachten Angaben sind richtig und vollständig. Ich habe vor allem keine Einkünfte und Ansprüche gegen Dritte verschwiegen. Mir ist bekannt, dass diese Angaben Grundlage für die Entscheidung über meinen Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe sind.

Ich weiß, dass Sozialhilfe nur dann gewährt wird, wenn keine Selbsthilfe möglich ist, z. B. durch eigene Arbeit oder durch Einsatz meines Einkommens oder Vermögens.

Ich wurde davon unterrichtet, dass auch das übersteigende Einkommen und Vermögen meines nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartners zu berücksichtigen ist und dass Hilfen nach dem Fünften bis Neunten Kapitel dieses Buches nur geleistet werden, wenn den vorgenannten Personen und bei minderjährigen und unverheirateten Leistungsberechtigten auch den Eltern oder einem Elternteil die Aufbringung der Mittel aus ihrem Einkommen und Vermögen nicht zuzumuten ist.

Ich bin ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass ich jede Veränderung in meinen Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen unverzüglich gemäß § 60 des Sozialgesetzbuches I dem Sozialamt Bremerhaven unaufgefordert mitzuteilen habe und zur Mitwirkung bei der Feststellung des Bedarfes verpflichtet bin. Ich bin ferner darauf hingewiesen worden, dass das Sozialamt Bremerhaven bei fehlender Mitwirkung ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen kann, soweit die Voraussetzungen der Leistung nach dem SGB XII nicht nachgewiesen sind.

Mir ist bekannt, dass ich auf unrichtigen oder unterlassenen Angaben beruhende Sozialleistungen zurückzahlen muss und dass ich wegen unberechtigten Bezugs derartiger Leistungen strafrechtlich belangt werden kann.

Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass nach § 118 Sozialgesetzbuch XII zur Aufdeckung von Missbrauch bei Sozialleistungen bestimmte personenbezogene Daten an eine zentrale Stelle gemeldet werden. Dort findet ein Abgleich mit Daten der Arbeitsverwaltung, Rentenversicherungsträgern, anderen Sozialämtern sowie der Kfz.-Zulassungsstelle statt. Ferner wird geprüft, ob eine Beschäftigung gemeldet ist.

- ja nein Ich bitte das Sozialamt der Stadt Bremerhaven, den Zuschuss zu den Kosten des Heimentgeltes direkt mit dem Pflegeheim abzurechnen.
- ja nein Ich berechne das Sozialamt Bremerhaven, der Einrichtung die bewilligten Leistungen zur Kenntnis zu geben.
- ja nein Ich bitte das Sozialamt der Stadt Bremerhaven, die Pflegekosten direkt mit dem Pflegedienst/Pflegeverband abzurechnen. Der hierfür erforderlichen Weitergabe meiner persönlichen Daten stimme ich zu.
- ja nein Das Sozialamt der Stadt Bremerhaven stellt für mich einen Antrag auf Wohngeld bei der zuständigen Wohngeldstelle. Der hierfür erforderlichen Weitergabe meiner / unserer persönlichen Daten sowie der für den Antrag benötigten Nachweise stimme ich ausdrücklich zu.
- ja nein Ich berechne das Sozialamt Bremerhaven, dem Pflegedienst/Pflegeverband die bewilligten Leistungskomplexe zur Kenntnis zu geben.
- ja nein Ich bin damit einverstanden, dass die für die Antragstellung erforderlichen Kontoauszüge diesem Antrag in Kopie beigelegt werden.

Eine Durchschrift dieser Erklärung habe ich heute erhalten.

Bremerhaven, _____

Unterschrift des Antragstellers/Bevollmächtigten/Betreuers