

Antrag auf Gewährung von stationären Leistungen

nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) in Kombination mit Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII) oder Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII) sofern sich ein ergänzender Anspruch errechnet/sofern ein ergänzender Anspruch besteht

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?		ja	nein

15	Schwerbehinderung	
	Schwerbehindertenausweis vorhanden?	ja nein
	Grad der Behinderung	
	Eingetragene Merkmale	

16	Kranken-/Pflegeversicherung	
	Name der Kranken- und Pflegekasse	
	Versicherungsnummer	
	Haben Sie bereits einen Pflegegrad?	ja nein
	Pflegegrad	
	Sind Sie Beihilfeberechtigt?	ja nein
	ggf. Beihilfestelle	

17	Versicherungs- und sonstige Ansprüche		ja	nein
	Art	Versicherungsträger	Betrag monatlich	Versicherungssumme und aktueller Rückkaufswert
	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	
	- aus nichtselbständiger Tätigkeit und/oder - Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft und/oder - andere Einkünfte (z. B. aus Kapitalvermögen, Dividenden usw.) erzielt?	
	ja 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	ja nein
	Haus- und Grundbesitz <u>war</u> vorhanden	ja nein
	wenn ja	
	Art und Nutzung	
	Lage	
	Grundbuchbezeichnung	
	Eigentümer:in	
	Verkehrswert ggf. eigene Einschätzung	
	ggf. Datum des Eigentümer:innenwechsels	

29	Erklärung über Vermögensschenkungen/-übertragungen innerhalb der letzten 10 Jahre		
	Ich habe innerhalb der letzten 10 Jahre <u>kein</u> Vermögen oder Haus- und Grundbesitz verschenkt oder übertragen. 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:	Kurzzeitpflege Eingliederungshilfe	Dauerpflege 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?
	ja 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 Dienste 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