

# Antrag auf Hilfe in einer Einrichtung, hier: Tagespflege

Pflegegeld      Datum der Heimaufnahme: \_\_\_\_\_

Sozialhilfe (SGB XII):      Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

## I. Angaben über die persönlichen Verhältnisse

Name, Geburtsname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Anschrift vor der Heimaufnahme:	
<input type="checkbox"/> Eigenheim <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung	<input type="checkbox"/> Mietwohnung (bitte aktuelle Mietbescheinigung beifügen) Name Vermieter/in:
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> eheähnl. Gemeinschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden seit: _____ (bitte Scheidungsurteil beifügen)	
<b>Ausgeübte Tätigkeit vor Rentenbezug:</b>	
<b>Krankenversicherung:</b> <input type="checkbox"/> nicht versichert. <input type="checkbox"/> gesetzl. versichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert Name der Krankenkasse:	
<input type="checkbox"/> familienversichert durch: _____	
<input type="checkbox"/> Beihilfeanspruch bei Beamtenverhältnissen bei:	
Sozialhilfebezug vor Heimaufnahme:	Name der Gemeinde mit Aktenzeichen:
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, durch _____
<b>Pflegegrad (bitte Gutachten des Medizinischen Dienstes und Bescheid der Pflegekasse beifügen):</b> <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad <input type="checkbox"/> Pflegegrad beantragt, aber noch nicht entschieden <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 <input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt	
Schwerbehindertenausweis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> Grad der Behinderung _____ Merkzeichen _____ (bei Ehegatten bitte beide Ausweise einreichen)	
<input type="checkbox"/> Betreuer/in	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r (Bitte Urkunde bzw. Vollmacht beifügen)
Name, Geburtsname:	Vorname:
Anschrift:	
Tel.-Nr.:	

## II. Angaben über den/die Ehegatten/Lebenspartner(in), getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten/Lebenspartner(in)

Name, Vorname	Geburtsdatum	zz. ausgeübte Tätigkeit	Anschrift (Straße, Haus-Nr., Plz, Ort)

Leben noch weitere Personen im Haushalt?

nein  ja (bitte Namen und Geburtsdatum angeben):

Sind nahe Angehörige durch Kriegsereignisse gefallen, vermisst oder verstorben?

nein  ja (bitte kurz erläutern):

## III. Angaben zu Angehörigen des/der Hilfesuchenden (Kinder/Eltern) in und außerhalb des Haushaltes

Name, Vorname	Geburtsdatum	Familienstand	zz. ausgeübte Tätigkeit	Anschrift (Straße, Haus-Nr., Plz, Ort)

## IV. Erklärung über die Einkommensverhältnisse

Die Bewilligung der o. g. Leistungen ist abhängig vom Einsatz des Einkommens und Vermögens der/des Pflegebedürftigen und ihres/seiner(-s) nicht getrennt lebenden Ehegatten/Lebenspartnerin(-s). Teile des Vermögens und ggf. das gesamte Einkommen sind vom Tage der Antragstellung bzw. seit Vorliegen der Voraussetzungen zur Gewährung der o. a. Leistungen einzusetzen. Es ist unerlässlich, dass folgende Fragen beantwortet werden:

### Verfügen Sie über Einkommen in Form von

Versorgungsbezügen (öffentl. Dienst):	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl.	_____ €
Altersrente:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl.	_____ €
Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl.	_____ €
Hinterbliebenenrente (Witwen-/Witwerrente):	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl.	_____ €
Werks, Betriebs-, Zusatzrente:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl.	_____ €
Unfallrente:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl.	_____ €
Leibrente:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl.	_____ €
Miet- und Pachteinnahmen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl.	_____ €
Unterhaltshilfe (Ausgleichsarmt):	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl.	_____ €
Kindererziehungsleistungen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl.	_____ €
Blindengeld:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl.	_____ €
Kriegsopferversorgung (BVG):	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl.	_____ €
Unterhaltsleistungen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl.	_____ €
Sonder-/Weihnachtszuwendungen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, einmal jährlich	_____ €
Sonstige Einkünfte wie Zinseinkünfte/Dividenden:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von jährl.	_____ €

**Verfügt der/die nicht getrennt lebende Ehepartner(in)/Lebenspartner(in) bzw. Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft über Einkommen in Form von**

Erwerbseinkünfte:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl.	_____	€
Versorgungsbezügen (öffentl. Dienst):	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl.	_____	€
Altersrente:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl.	_____	€
Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl.	_____	€
Hinterbliebenenrente (Witwen-/Witwerrente):	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl.	_____	€
Werks, Betriebs-, Zusatzrente:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl.	_____	€
Miet- und Pachteinnahmen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl.	_____	€
Unfallrente:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl.	_____	€
Leibrente:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl.	_____	€
Unterhaltshilfe (Ausgleichsamt):	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl.	_____	€
Kindererziehungsleistungen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl.	_____	€
Blindengeld:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl.	_____	€
Kriegsopferversorgung (BVG):	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl.	_____	€
Unterhaltsleistungen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von mtl.	_____	€
Sonder-/Weihnachtszuwendungen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, einmal jährlich	_____	€
Sonstige Einkünfte wie Zinseinkünfte/Dividenden:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von jährl.	_____	€

**V. Angaben über monatliche Belastungen bis zur Heimaufnahme bzw. bei den zu Hause verbleibenden Ehepartnern(-innen) bzw. Partner(innen) in eheähnlicher Gemeinschaft**

**In welcher Höhe fallen Kosten für die Wohnung an?**

(Bei Eigentum ist ein gesonderter Vordruck auszufüllen, der bei Bedarf zur Verfügung gestellt wird.)

Kaltmiete	_____	€
Heizkosten	_____	€
Nebenkosten	_____	€

Wird das Warmwasser über die Heizung erwärmt?  nein  ja

**Haben Sie bzw. Ihr(e) Partner(in) Versicherungsbeiträge zu zahlen?**

(Bitte fügen Sie entsprechende Belege bei):

	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	jährlich:	monatlich:	
Private/freiwillige Krankenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	€
Private/freiwillige Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	€
Hausratversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	€
Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	€
Haben Sie weitere Versicherungen? Wenn ja, welche?					

\_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_ €

**Haben Sie bzw. Ihr(e) Partner(in) besondere finanzielle Belastungen?**

nein  ja (bitte auch hierzu aktuelle Nachweise beifügen)

	jährlich:	monatlich:	
_____	_____	_____	€
_____	_____	_____	€
_____	_____	_____	€

## VI. Erklärung über Vermögenswerte sowohl im In- als auch im Ausland

Ich verfüge über:

1. Barvermögen  nein  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €
2. Bankguthaben bei Banken, Sparkassen, Online-Banken, Genossenschaften etc.  
bei: \_\_\_\_\_ IBAN: \_\_\_\_\_ in Höhe von \_\_\_\_\_ €
- nein  ja, \_\_\_\_\_ in Höhe von \_\_\_\_\_ €
- nein  ja, \_\_\_\_\_ in Höhe von \_\_\_\_\_ €
- nein  ja, \_\_\_\_\_ in Höhe von \_\_\_\_\_ €
- nein  ja, \_\_\_\_\_ in Höhe von \_\_\_\_\_ €
3. ein Eigengeldkonto/Bekleidungskonto im Heim  nein  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €
4. Genossenschaftsanteile bei Baugenossenschaften  nein  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €
5. Kautionen  nein  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €
6. aktuelle Rückkaufswerte Lebensversicherung (Verträge bitte beifügen)  nein  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €
7. aktuelle Rückkaufswerte Sterbeversicherung (Verträge bitte beifügen)  nein  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €
8. Guthaben Bausparvertrag  nein  
bei \_\_\_\_\_  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €
9. Grabpflegekosten (Verträge bitte beifügen)  nein  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €
10. Bestattungsvorsorgeverträge (Verträge bitte beifügen)  nein  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €
11. In den letzten 10 Jahren wurden folgende Konten aufgelöst  nein  
bei \_\_\_\_\_  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €  
bei \_\_\_\_\_  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €
12. Grund-/Hauseigentum in  nein  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €
13. Sonstiger Grundbesitz (z. B. auch Grundvermögen in der ehemaligen DDR oder Ferienimmobilien)  nein  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €
14. Aktien, sonst. Wertpapiere und Forderungen gegen \_\_\_\_\_  nein  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €
15. andere Vermögenswerte (Gold, Silber etc., Schmuck, Edelsteine usw.)  nein  ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €
16. Haben Sie einen Pkw?  nein  ja  
(bitte Km-Stand angeben, eine Kopie des Fahrzeugscheines, des Pkw-Haftpflichtversicherungsvertrages, eine Händlerauskunft über den Wert des Pkw sowie eine Erklärung über die weitere Notwendigkeit des Pkw beifügen)  
Km-Stand \_\_\_\_\_

17. In den letzten 10 Jahren wurden Vermögenswerte (bitte Art und Umfang angeben)

- übertragen

Falls ja, bitte Art und Umfang angeben

nein

ja

---

- verschenkt

Falls ja, bitte Art und Umfang angeben

nein

ja

---

- verkauft

Falls ja, bitte Art und Umfang angeben

nein

ja

---

- vererbt

Falls ja, bitte Art und Umfang angeben

nein

ja

---

## VII. Antragsbegründung:

Eine Versorgung zu Hause oder in einem betreuten Wohnen ist aus folgendem Grund nicht möglich bzw. nicht ausreichend:


Ich habe alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen, Beweismittel zu bezeichnen und Beweisurkunden vorzulegen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch I, SGB I).

Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind, insbesondere in den Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen, muss ich unverzüglich und unaufgefordert mitteilen.

Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich informiert. Ebenso darüber, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss (§ 263 Strafgesetzbuch).

Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber überzahlte Beträge der hilfgewährenden Stelle zurück zu überweisen, soweit das Guthaben dazu ausreicht.

Die Pflegekasse entbinde ich von der ärztlichen Schweigepflicht und stimme der Übersendung des Gutachtens des Medizinischen Dienstes zu.

**Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben der Seiten 1 - 5.**

---

(Name, Vorname, Unterschrift)

---

(Ort, Datum)