

Antrag auf Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen nach dem 7. Kapitel SGB XII

Beantragt wird (Mehrfachnennung möglich):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pflegegeld | <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung (häusliche Pflegehilfe) |
| <input type="checkbox"/> Pflegehilfsmittel | <input type="checkbox"/> Entlastungsbetrag |
| <input type="checkbox"/> persönliches Budget (Arbeitgebermodell) | <input type="checkbox"/> Pflege in Wohngruppe |
| <input type="checkbox"/> häusliche Verhinderungspflege | <input type="checkbox"/> Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes |
| <input type="checkbox"/> häusliche Pflege in Kombination mit Tagespflege | <input type="checkbox"/> digitale Pflegeanwendungen/ergänzende Unterstützung bei Nutzung digitaler Pflegeanwendungen |

Angaben zur Person der/des Pflegebedürftigen

| | | |
|---|---|--------------|
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
| Staatsangehörigkeit | Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft | |
| Anschrift | | |
| Betreuer/in bzw. Bevollmächtigte/r – Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse (Bestellungsurkunde bzw. Vollmacht - bitte Kopie beifügen) | | |

Ehepartner/in, Lebenspartner/in, Partner/in in eheähnlicher Gemeinschaft (werden im Folgenden „Partner/in“ genannt)

| | | |
|-----------|---------|--------------|
| Name | Vorname | Geburtsdatum |
| Anschrift | | |

Angaben über weitere Angehörige

| Mutter des Hilfeempfängers / der Hilfeempfängerin (nur, wenn nicht verstorben) | |
|--|--|
| Name, Vorname: | |
| Geburtsdatum: | |
| Anschrift (ggfs. letzte bekannte): | |
| Beruf / derzeit ausgeübte Tätigkeit: | |
| Arbeitgeber, Art des Einkommens: | |
| Einkommen über 100.000,00 € brutto / Jahr: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt |

| Vater des Hilfeempfängers / der Hilfeempfängerin (nur, wenn nicht verstorben) | |
|---|--|
| Name, Vorname: | |
| Geburtsdatum: | |
| Anschrift (ggfs. letzte bekannte): | |
| Beruf / derzeit ausgeübte Tätigkeit: | |
| Arbeitgeber, Art des Einkommens: | |
| Einkommen über 100.000,00 € brutto / Jahr: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt |

Ich habe keine Kinder

| Kind des Hilfeempfängers / der Hilfeempfängerin | |
|--|--|
| Name, Vorname: | |
| Geburtsdatum: | |
| Anschrift (ggfs. letzte bekannte): | |
| Beruf / derzeit ausgeübte Tätigkeit: | |
| Arbeitgeber, Art des Einkommens: | |
| Einkommen über 100.000,00 € brutto / Jahr: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt |

| Kind des Hilfeempfängers / der Hilfeempfängerin | |
|--|--|
| Name, Vorname: | |
| Geburtsdatum: | |
| Anschrift (ggfs. letzte bekannte): | |
| Beruf / derzeit ausgeübte Tätigkeit: | |
| Arbeitgeber, Art des Einkommens: | |
| Einkommen über 100.000,00 € brutto / Jahr: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt |

| Kind des Hilfeempfängers / der Hilfeempfängerin | |
|--|--|
| Name, Vorname: | |
| Geburtsdatum: | |
| Anschrift (ggfs. letzte bekannte): | |
| Beruf / derzeit ausgeübte Tätigkeit: | |
| Arbeitgeber, Art des Einkommens: | |
| Einkommen über 100.000,00 € brutto / Jahr: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt |

| Kind des Hilfeempfängers / der Hilfeempfängerin | |
|--|--|
| Name, Vorname: | |
| Geburtsdatum: | |
| Anschrift (ggfs. letzte bekannte): | |
| Beruf / derzeit ausgeübte Tätigkeit: | |
| Arbeitgeber, Art des Einkommens: | |
| Einkommen über 100.000,00 € brutto / Jahr: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt |

| Getrennt lebender Ehegatte des Hilfeempfängers / der Hilfeempfängerin | |
|--|--|
| Name, Vorname: | |
| Geburtsdatum: | |
| Anschrift (ggfs. letzte bekannte): | |
| Beruf / derzeit ausgeübte Tätigkeit: | |
| Arbeitgeber, Art des Einkommens: | |

| Geschiedener Ehegatte des Hilfeempfängers / der Hilfeempfängerin | |
|---|--|
| Name, Vorname: | |
| Geburtsdatum: | |
| Anschrift (ggfs. letzte bekannte): | |
| Beruf / derzeit ausgeübte Tätigkeit: | |
| Arbeitgeber, Art des Einkommens: | |

Schwerbehindertenausweis

Es wurde bisher keine Schwerbehinderung bei mir und meiner Partnerin bzw. meinem Partner festgestellt

| | |
|--|---|
| Ausweis besitzt (bitte Kopie beifügen): | |
| <input type="checkbox"/> Antragsteller bzw. Antragstellerin | <input type="checkbox"/> Partner bzw. Partnerin |
| Ausweis gültig bis _____ | Ausweis gültig bis _____ |
| Grad der Behinderung: _____ | Grad der Behinderung: _____ |
| Merkzeichen: _____ | Merkzeichen: _____ |
| Wurde ein Ausweis beantragt? | |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Erhalten Sie Fachleistungsstunden (Eingliederungshilfe) vom Landschaftsverband Rheinland (LVR)? | |
| <input type="checkbox"/> ja, seit: _____ <input type="checkbox"/> nein | |

Kranken-/Pflegeversicherung

| | | |
|--|--|----------------------------|
| Name der Krankenkasse/ Pflegekasse | Art der Versicherung <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> Betreuungsfall § 264 SGB V | Versicherungsnummer |
| Haben Sie Anspruch auf Beihilfe? | | |
| <input type="checkbox"/> ja, Beihilfestelle: _____ <input type="checkbox"/> nein | | |

Angaben zum Einkommen (Bitte aktuelle Nachweise beifügen)

| | Antragsteller/in | | Partner/in | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | nein | ja | nein | ja |
| Altersrente, Witwenrente, EU-Rente etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zusatzrenten/Betriebsrenten/Unfallrenten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erwerbseinkommen/Einkommen aus selbständiger Arbeit oder Gewerbebetrieb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einkünfte aus Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leistungen nach dem Vierzehnten Sozialgesetzbuch (SGB XIV) / Kriegsopferfürsorge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unterhaltsleistungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vertragliche Ansprüche, z.B. Leibrenten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Einkünfte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Grundsicherung, Bürgergeld, Arbeitslosengeld | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blindengeld | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Besteht eine Privathaftpflichtversicherung für Sie und/oder Ihre/n Partner/in?

ja (bitte aktuelle Beitragsberechnung beifügen) nein

Angaben zum Vermögen (Bitte Nachweise beifügen)

| | Antragsteller/in | | Partner/in | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | nein | ja | nein | ja |
| Bargeld | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Girokonto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sparkonto/Sparvertrag etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Festgeldkonto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Genossenschaftsanteile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bausparguthaben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wertpapiere (Aktien, Pfandbriefe etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Forderung aus dinglichen Rechten (Nießbrauch, Wohnrecht, Leibrente) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kraftfahrzeuge (Pkw, Lkw, Krad, Wohnwagen, Boot) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lebensversicherung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sterbeversicherung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bestattungsvorsorgevertrag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grundbesitz (bebaut/unbebaut) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erbansprüche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zugewinnausgleichsansprüche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges Vermögen (Kurzbeschreibung incl. Wertangabe): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wurde jemals auf Geltendmachung einer Forderung verzichtet (Wohnungsrecht, Nießbrauch, etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wurde in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung Vermögen an Dritte verschenkt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wurde vor über 10 Jahren Vermögen auf Dritte übertragen (z.B. Übertragung von Grundbesitz, Altenteil, Barvermögen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Aktuelle Wohnverhältnisse

zur Miete im Eigentum Wohnungs-/Nießbrauchrecht bei Angehörigen

Wichtige Hinweise und Erläuterungen

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit diesem Antrag erfolgt nach Art. 6 Abs. 1 lit. c) und e) Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i.V.m. §§ 67 bis 78 Zehntes Buches des Sozialgesetzbuches (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen.

Wer Sozialhilfe beantragt oder erhält, hat nach §§ 60 ff Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I) alle für die Leistung erheblichen Tatsachen anzugeben und der Erteilung von Auskünften Dritter zuzustimmen (z.B. Behörden, Ärzte, Krankenhäuser, Banken), wenn die notwendigen Daten nicht selbst beigebracht werden können. Alle Änderungen in den für die Leistung erheblichen Verhältnissen sind unverzüglich dem Sozialamt unaufgefordert mitzuteilen, insbesondere

- Beantragung und Bewilligung von Renten, Wohngeld (Miet-/Lastenzuschuss), anderen Sozialleistungen
- Erhalt von jeglichem Einkommen oder Vermögen
- Änderungen der Höhe laufender Einkünfte und ihr Wegfall
- Krankenhausaufenthalte
- Wechsel des Pflegegrades

Beweismittel sind auf Verlangen vorzulegen oder ihrer Vorlage ist zuzustimmen. Wird diesen Pflichten nicht nachgekommen und sind die Verhältnisse ungeklärt, kann die Hilfe versagt oder nicht weiter geleistet werden.

Das Sozialamt erhebt zur Bestimmung der Form der Sozialhilfe und deren detaillierter Ausgestaltung sowie zur Bemessung der Sozialhilfeleistung persönliche und wirtschaftliche Daten. Der Umfang dieser Daten ergibt sich in der Regel aus dem Sozialhilfeantrag. Es kann aber die Notwendigkeit bestehen, darüberhinausgehende Daten zu ermitteln, wenn die Ausgestaltung der Hilfe dies erfordert.

Jeder hat Anspruch darauf, dass die ihn betreffenden Sozialdaten vom Sozialamt nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Die Einzelheiten zum Schutz der Sozialdaten sind in den §§ 67 ff. Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X), u.a. § 67 a „Datenerhebung“, § 67 b „Zulässigkeit der Datenverarbeitung und -nutzung“, sowie in § 35 SGB I „Sozialgeheimnis“ geregelt. Die Daten werden maschinell verarbeitet und gespeichert.

Sollten aufgrund falscher oder fehlender Angaben Sozialhilfeleistungen zu Unrecht bewilligt werden, sind diese zu erstatten. Dieses Fehlverhalten kann eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen. Auch der Versuch ist strafbar (§ 263 Strafgesetzbuch).

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben und werde Änderungen umgehend mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in **oder**
Betreuer/in, Bevollmächtigte/r

Unterschrift Partner/in