


Antrag auf Pflegewohngeld

Antragsteller (Heimstempel)

 **Hinweis:** Auszufüllen vom betroffenen Heim/von der betroffenen Einrichtung.

Pflegebedürftige/r

Familienname		Vorname		Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)	
Familienstand <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft		Datum (TT.MM.JJJJ)			
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eheähnlicher Gemeinschaft		seit:			

Anschrift vor Aufnahme in die Einrichtung

Straße		Hausnummer	PLZ	Ort
--------	--	------------	-----	-----

Betreuer/in / Bevollmächtigte/r (Nachweis beifügen)

Familienname		Vorname		
Straße		Hausnummer	PLZ	Ort

A. Angaben zur Einrichtung

- Für die Einrichtung besteht ein Versorgungsvertrag gem. § 72 Abs. 1 SGB XI
 Für die Einrichtung besteht eine Versorgungsvereinbarung gem. § 85 SGB XI

Tag der Aufnahme in die Einrichtung	<input type="checkbox"/> Der/Die Pflegebedürftige ist in einem Einbettzimmer untergebracht. <input type="checkbox"/> Der/Die Pflegebedürftige ist in einem Mehrbettzimmer untergebracht.
-------------------------------------	---

B. Angaben zu den Einkommensverhältnissen des/der Pflegebedürftigen, zu den Ansprüchen gegen die Pflegekasse sowie zur Beihilfefähigkeit der gesondert berechenbaren Aufwendungen

a) Die Unterlagen zu den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen
 sind beigefügt (die beiliegende Anlage ist ausgefüllt) werden nachgereicht.
 sind anzufordern bei:

b) Der/Die Pflegebedürftige hat Ansprüche gegen die gesetzliche Pflegeversicherung im Rahmen der folgenden Pflegestufe (Bescheid ist beigefügt/wird nachgereicht):
 Pflegestufe 1 Pflegestufe 2 Pflegestufe 3
Datum (TT.MM.JJJJ)
Über den Einstufungsantrag vom _____ wurde noch nicht entschieden

c) Der/Die Pflegebedürftige ist beihilfeberechtigt
 ja nein

d) Der/Die Pflegebedürftige hat Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz im Rahmen der Kriegsofferfürsorge bzw. in Verbindung mit dem Soldatenversorgungsgesetz oder dem Opferentschädigungsgesetz.
 ja nein

Ort, Datum	Unterschrift des Bewohners/der Bewohnerin beziehungsweise Vertreter/in als Antragsteller/in	Unterschrift des/der Heimbevollmächtigten
------------	---	---

Verfügbarkeit, Nachnahme und Veröffentlichung und elektronische Speicherung nur mit Genehmigung!

E-Mail: info@form-solutions.de
www.form-solutions.de

Form-Solutions
Artikel-Nr. 410072



Fragebogen zum Pflegegeldantrag

Hinweis: Auszufüllen von dem/der Heimbewohner/in oder dessen/deren Vertreter/in

Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass der Träger der Pflegeeinrichtung einen Antrag auf Pflegegeld bei der zuständigen Bewilligungsbehörde stellt/gestellt hat. Mir ist bekannt, dass es sich bei dem Pflegegeld um einen Anspruch des Trägers meiner Pflegeeinrichtung handelt, der von der Höhe meiner Einkünfte und meines Vermögens abhängig ist und von denen meines Ehepartners/meiner Ehepartnerin bzw. meines Lebenspartners/meiner Lebenspartnerin abhängig ist. Im übrigen werden die Heimkosten von mir aus eigenen Mitteln getragen.

Angaben zur Person

Heimbewohner/in	Familienname		Vorname		Geburtsdatum	
	Geburtsort		Geburtsland/-staat		Staatsangehörigkeit/en	
	Pflegeeinrichtung				Tag der Aufnahme in die Einrichtung	
	Familienstand <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft		seit Datum			
	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eheähnlicher Gemeinschaft					
Adresse vor Heimaufnahme						
Straße			Hausnummer	PLZ	Ort	
Partner/in (Ehepartner/in / Lebenspartner/in / Partner/in der eheähnlichen Gemeinschaft)	Familienname		Vorname		Geburtsdatum	
	Straße		Hausnummer	PLZ	Ort	
Betreuer/in / Bevollmächtigte/r	Familienname		Vorname			
	Straße		Hausnummer	PLZ	Ort	

Einkommen (aktuelle Einkommensnachweise beifügen)

Ich bestätige hiermit ausdrücklich, dass ich und mein/e Partner/in neben den nachfolgend aufgeführten und eingetragenen Einkommen keine weiteren Einkünfte erhalten.

Art	Heimbewohner/in (Antragsteller/in) € pro Monat	Partner/in € pro Monat
Arbeitseinkommen	€	€
Altersrente	€	€
Witwenrente bzw. Witwerrente	€	€
Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente	€	€
Unfallrente	€	€
Zusatz-/Werks-/Betriebsrente, Auslandsrente	€	€
Erträge aus Kapitalvermögen (Zins, Dividende) des letzten Jahres	€	€
Miet-/Pachteinnahmen	€	€
Tabellenwohngeld	€	€
Unterhaltsleistungen	€	€
Kindergeld	€	€
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz	€	€
Unterhaltshilfe/Entschädigungsrente (Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz)	€	€
Sonstige Einkünfte (z. B. Wohnrechtsentschädigung)	€	€

Versicherungen von Ihnen und Ihrem/Ihrer Partner/in

(bitte Nachweise vorlegen)	Bestehen	Versicherungsgesellschaft	Höhe des aktuellen Rückkaufwertes
Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		€
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		€
Sonstige Versicherung mit Rückkaufswert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		€
			aktueller Jahresbeitrag
Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		€
Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		€
Weitere Versicherungen (bitte geben Sie jeweils an, um welche Versicherung es sich handelt)	<input type="checkbox"/> nein		€
	<input type="checkbox"/> ja		€

Vorsorge von Ihnen und Ihrem/Ihrer Partner/in

(bitte Nachweise vorlegen)	Bestehen	Vertragspartner	Abschlussdatum	aktuelle Höhe in € (inkl. Zinsen)
Bestattungsvorsorgevertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			€
Grabpflegevertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			€

Vermögen (bitte Nachweise vorlegen)

Ich bestätige hiermit ausdrücklich, dass ich (und mein/e Partner/in) neben dem nachfolgend aufgeführten Vermögen kein weiteres habe/n.

Art	Heimbewohner/in Wert in €	Partner/in Wert in €
Bargeld und Guthaben auf dem Taschengeldkonto der Pflegeeinrichtung		€
Guthaben auf dem Girokonto		
Nummer	bei (Kreditinstitut)	
		€
		€
Sparguthaben		
Nummer	bei (Kreditinstitut)	
		€
		€

In den letzten 10 Jahren haben weitere Sparbücher/-zertifikate als die hier aufgeführten bestanden, diese wurden jedoch inzwischen aufgelöst:

<input type="checkbox"/> nein	Heimbewohner/in Wert in €	Partner/in Wert in €
<input type="checkbox"/> ja, Bitte Nachweise vorlegen!	Wert in €	Wert in €
Sparkassenzertifikate/-briefe		€
Wertpapiere (Aktien, Fonds, etc.)		€
Bausparverträge		€
Geschäftsanteile (bei Genossenschaft etc.)		€
Altersvorsorge (z. B. Riesterreente)		€
Kaution/en (hinterlegt z. B. beim Vermieter lt. Mietvertrag/bei der Pflegeeinrichtung)		€
Sonstiges Vermögen außer Immobilien und KFZ		€

Kraftfahrzeug/e

Art:	Heimbewohner/in	Partner/in
Kraftfahrzeug/e	Modell; Baujahr; KM-Leistung	Modell; Baujahr; KM-Leistung
Kennzeichen (KFZ-Schein vorlegen)		
	Aktueller Wert des KFZ:	Aktueller Wert des KFZ:
	€	€

Immobilien (bitte Nachweise vorlegen)

Sind Sie und/oder Ihr/e Partner/in (Mit-)Eigentümer/in von Immobilien?

-
- nein
-
-
- ja

Art der Immobilie	Lage der Immobilie (bitte Adresse und Grundbuchbezeichnung angeben, Grundbuchauszug möglichst in Kopie vorlegen)	Größe
		Grundstücksfläche
		Wohnfläche

Schenkung, Vermögensübertragungen

Wurde Vermögen vor Heimaufnahme auf andere Personen übertragen (z. B. Haus-/Grundstücksübertragungen/Geldgeschenke/weitere Schenkungen) bzw. wurde auf Wohnrechte oder sonstige Rechte verzichtet (z. B. durch Löschung im Grundbuch)?

-
- nein
-
-
- ja, vor über 10 Jahren
-
-
- ja, in den letzten 10 Jahren

Haben Sie und/oder Ihr/e Partner/in jemandem Geldbeträge geliehen (private Darlehen)?

-
- nein
-
-
- ja

Sollten Sie bei den zuvor genannten Fragen ja angekreuzt haben, füllen Sie bitte die nachfolgenden Zeilen aus (ggf. fügen Sie eine separate Aufstellung bei):

Begünstigte/r (Name, Adresse)	Art der Zuwendung (was wurde übergeben)	Höhe/Wert der Zuwendung
		€
		€
		€

Sonstiges

Verstarb innerhalb der letzten 3 Jahre ein enger Familienangehöriger (Ehefrau/-mann, Kind, Elternteil)?

-
- nein

 ja, am , Name und Verwandtschaftsverhältnis:
Wenn ja: 1. Liegt ein Testament vor? nein

-
- ja

2. Erfolgt nach Ihrer Kenntnis vor dem Tode innerhalb der letzten 10 Jahre Vermögensübertragungen/Schenkungen?

-
- nein

 ja, am an:
Vertragliche Rechte (bitte Grundlagen vorlegen, z. B. Vertrag, Urteil usw.)

Anspruch auf Wohnrecht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Anspruch auf Hege und Pflege	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nießbrauchrecht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Verpfändungen/Bürgschaften	Begünstigte/r:
	seit wann: <input type="text"/> aktuelle Höhe: <input type="text"/> €

Sonstige (privatrechtliche) Ansprüche (z.B. wegen Schadensersatz, Kaufverträge usw.):	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja
Bitte angeben, um welchen Anspruch es sich handelt	

Weitere Angaben

Beihilfeanspruch	Haben Sie und/oder Ihr/e Partner/in einen Beihilfeanspruch nach Beamtenrecht?		
	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja	gegenüber: Beihilfestelle	
Blindengeld	Erhalten Sie Blindengeld?		
	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja		
	<input type="checkbox"/> es wurde ein Antrag gestellt, am		
Kriegsopfer	Sind Sie Kriegsbeschädigte/r bzw. -hinterbliebene/r?		
	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja		
Sondernahrung	Erhalten Sie in der Pflegeeinrichtung Sondernahrung?		
	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja		
Kranken-/Pflegeversicherung	Kranken-/Pflegekasse	Art der Versicherung	Pflegestufe
		<input type="checkbox"/> pflichtversichert	
		<input type="checkbox"/> freiwillig versichert	
		<input type="checkbox"/> privat versichert	
Schwerbehindertenausweis	Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> es wurde ein solcher Ausweis beantragt
	Besitzt der/die Partner/in (auch) einen Schwerbehindertenausweis?		
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Angaben zur Wohnung, die vor Heimaufnahme bewohnt wurde und von Ihrem/Ihrer Partner/in auch nach Ihrer Heimaufnahme weiterhin genutzt wird:

1. Wohnt Ihr/e Partner/in mietfrei?

nein

ja, vollständig

ja, aber es müssen die Nebenkosten getragen werden

Wenn ja: Besteht die Mietfreiheit aufgrund eines vertraglich vereinbarten Wohnrechts?

ja

nein

Die Mietfreiheit besteht aus folgendem Grund

2. Angabe zur Wohnung und den Kosten (Nachweis, z.B. Mietvertrag vorlegen)

Kaltmiete	Nebenkosten ohne Heizung und Strom	Heizkosten	Wohnungsgröße
€	€	€	m ²

Wurde bei Abschluss des Mietvertrages eine Mietkaution gezahlt?

nein

ja, in Höhe von

€

Ich bin damit einverstanden, dass meiner Pflegeeinrichtung von der zuständigen Bewilligungsbehörde eine Ausfertigung des Berechnungsbogens zur Höhe des Anspruchs übersandt wird.

Das Sozialamt hat auf meine/unsere Mitwirkungspflicht bei der Feststellung sozialhilferechtlicher Hilfebedürftigkeit unter Bezugnahme auf § 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch -Allgemeiner Teil- hingewiesen. Mir/uns ist bekannt, dass falsche oder unvollständige Angaben die Einleitung eines Strafverfahrens (§ 263 Strafgesetzbuch) nach sich ziehen können.

	Ort, Datum	Unterschrift
Heimbewohner/in / Betreuer/in / Bevollmächtigte/r		
Ehepartner/in / Lebenspartner/in / Partner/in einer eheähnlichen Gemeinschaft		