

**Grundantrag auf Gewährung von Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII
(ambulante Pflege)**

K R E I S Steinfurt
Der Landrat

Abteilung Sozialhilfe SGB XII
Tecklenburger Str. 10

48565 Steinfurt

Bitte beachten!

Sozialhilfe setzt mit dem Bekanntwerden ein, d. h. sobald dem Träger der Sozialhilfe oder den von ihm beauftragten Stellen bekannt wird, dass die Voraussetzungen für die Leistung vorliegen. Bitte setzen Sie sich daher unverzüglich mit dem **Kreis Steinfurt** in Verbindung.

Eingangsvermerk Kreis Steinfurt –SGB XII-

Sehr geehrte Antragstellerin,
sehr geehrter Antragsteller,

Sie beabsichtigen, bei mir Sozialhilfeleistungen zu beantragen. Damit ich Ihnen diese gewähren kann, benötige ich **Informationen und Nachweise** über Ihre **persönlichen und wirtschaftlichen** Verhältnisse. Es ist deshalb für **Sie sehr wichtig**, dass Sie zunächst **jede der gestellten Fragen sorgfältig beantworten**.

Machen Sie bitte entweder dort wo es gewünscht wird ein Kreuz, schreiben die zu gebende Antwort nieder oder geben weitergehende Erläuterungen unter **Angabe der Nummer der Frage** ggfls. auf einem zusätzlichen Blatt ab.

1. Wie ist Ihr Name, Vorname? Wann sind Sie geboren und welche Staatsbürgerschaft haben Sie?

Name, Vorname

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

2. Wie ist Ihre jetzige Anschrift? Wie war (als Heimbewohner(in)) Ihre letzte Anschrift vor Heimaufnahme?

Meine **jetzige** Wohnanschrift

(als **Heimbewohner(in)**): Meine Wohnanschrift **vor Heimaufnahme**

3. Wie ist Ihr derzeitiger Familienstand?

Ich bin

ledig geschieden verwitwet Ich lebe zusammen mit _____

dem Ehepartner/der Ehepartnerin (Vorname) bzw. Herrn / Frau (Vorname/Name)

Wenn geschieden, bitte Anschrift des gesch. Partners

4. Haben Sie eine gesetzliche Kranken- / Pflegeversicherung?

Nein

Ja

Name und Anschrift der Kranken- / Pflegeversicherung

Haben Sie bereits einen Antrag auf Gewährung von Pflegeleistungen gestellt?

Nein noch nicht (**wird unverzüglich beantragt!**) **Ja**, ein Bescheid liegt aber noch nicht vor

Ja Einstufung erfolgte in: **Grad 0** **Grad 1** **Grad 2** **Grad 3** **Grad 4** **Grad 5**

Das vollständige Gutachten des medizinischen Dienstes der Pflegeversicherung sowie den Bescheid der Pflegekasse füge ich dem Antrag bei.

5 Haben Sie eine private Pflege- (zusatz-) versicherung abgeschlossen ?

- Nein Ja, und zwar bei der _____

6. Welche Pflegeleistung(en) wünschen Sie?

Ich beantrage die Übernahme folgender Kosten

- Haushaltshilfe
 Pflegegeld
 Pflegesachleistung
 Pflegehilfsmittel
 Hausnotrufsystem
 sonstige Pflegeleistung _____
 besondere Aufwendungen der Pflegeperson _____

7. Wer soll die Pflege/Haushaltshilfe ausüben?

- Verwandte
 Bekannte/Nachbarn usw.
 Pflegedienst

Vorname Name	Verwandtschaftsverhältnis
Anschrift	
Telefon	

8. Haben Sie jemanden bevollmächtigt, Ihre Interessen zu vertreten?

- Nein Ja, bevollmächtigt habe ich lt. beigefügter Vollmacht

Herr / Frau (Vorname, Name)

Geburtsdatum

Anschrift

9. Wurde für Sie durch Beschluss eines Amtsgerichtes eine Betreuungsperson bestellt?

- Nein Ja, zum Betreuer / zur Betreuerin wurde bestellt

Herr / Frau (Vorname, Name)

Anschrift

10. Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

- Nein Ja, Kopie ist beigefügt!

Ich bitte Sie, sofern Sie noch nicht im Besitz eines Ausweises sind, beim Kreis Steinfurt, Abteilung Schwerbehindertenrecht, Tecklenburger Str. 10, 48565 Steinfurt, einen Antrag zu stellen.

11. Aufenthaltsverhältnisse in den letzten 6 Monaten:

vom - bis	Anschrift
vom - bis	Anschrift
vom - bis	Anschrift

12. Bezüglich Ihrer Einkommens- und Vermögensverhältnisse bitte ich Sie, eine Einkommens- und Vermögenserklärung nach gesondertem Vordruck auszufüllen und mit den entsprechenden Unterlagen beizufügen.

13. Haben Sie weitere Angehörige (Eltern; Kinder) im oder außerhalb Ihres Haushaltes?

Nein Ja, und zwar habe ich noch folgende(n) Angehörige(n):

Herr / Frau	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Anschrift
Herr / Frau	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Anschrift
Herr / Frau	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Anschrift
Herr / Frau	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Anschrift
Herr / Frau	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Anschrift
Herr / Frau	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Anschrift

► Weitere Familienangehörige sind auf einem zusätzlichen Blatt vermerkt.

14. Erhalten Sie „freiwillige“ monatliche Unterhaltszahlungen?

Nein Ja, ich erhalte, "freiwillige" monatliche Unterhaltszahlungen von

Herr / Frau	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Anschrift
-------------	--------------	---------------------------	-----------

15. Ist Ihr Ehegatte im Krieg gefallen / an Kriegsschädigungsfolgen gestorben?

Nein Ja, und zwar _____

16. Erhalten Sie Hilfen in Form von ambulanten betreuten Wohnmöglichkeiten?

Nein Ja, und zwar _____

Bitte legen Sie eine Kopie des entsprechenden Bescheides bei.

Werte Hilfesuchende, werter Hilfesuchender,

es ist geschafft, denn mit der Antwort zur 16. Frage endet die Erteilung der Informationen. Jetzt haben Sie **nur noch** die zum Antrag gehörenden Anlagen auszufüllen und dann können Sie **den Antrag mit allen Anlagen** an mich senden. Vergessen Sie aber bitte nicht, vorher noch das **aktuelle Datum** einzutragen, Ihre **Unterschrift(en)** zu leisten und **unbedingt die Nachweise zu Ihren Angaben hinzuzufügen!** Denn wenn Sie **keine** oder **nur unvollständige Nachweise** hinzufügen, verlängert dies die Bearbeitungszeit, da diese dann **nachzufordern** sind.

Zum Abschluss und zur Speicherung der angegebenen Daten erkläre(n) ich / wir

dass mir / uns bekannt ist, dass für die Gewährung der Sozialhilfeleistungen **alle Tatsachen anzugeben** sind, die für eine Entscheidung

über den gestellten Antrag erheblich sind und dass ich mich / wir uns, wenn diese unwahr oder bewusst unvollständig mitgeteilt wurden,

der **Strafverfolgung** aussetze(n) (§263 Strafgesetzbuch). Ebenso ist mir / uns klar, dass zu **Unrecht erbrachte Sozialhilfeleistungen zurück zu zahlen** sind (§§ 45, 50 Sozialgesetzbuch X § 104 Sozialgesetzbuch XII).

Es ist mir / uns auch bekannt, dass die Daten unter Einhaltung der Bestimmungen des Bundessozialhilfegesetzes erhoben wurden, da sie zur rechtmäßigen Aufgabenerfüllung erforderlich sind. Ich / wir stimmen deshalb unter der Voraussetzung, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden, auch zu, dass die erhobenen Daten **verarbeitet und gespeichert** werden.

Datum

Vollständige Unterschrift(en) Antragsteller(in) / Ehepartner(in) oder des Betreuers/der Betreuerin/des Bevollmächtigten/der Bevollmächtigten

Meine, unsere Nachweise zu den gemachten Angaben:

- zu 3. Kopie des **Scheidungsurteils** und **das Urteil zum Versorgungsausgleich** (wenn ergangen)
- zu 4 vollständige **Gutachten** des medizinischen Dienstes der Pflegeversicherung sowie den **Bescheid** der Pflegekasse
- zu 8. Original der **Bevollmächtigung(en)** für die Person(en), die befugt ist / sind, mich zu vertreten
- zu 9. Kopie der **Betreuungsurkunde** der gerichtlich bestellten Betreuungsperson
- zu 10. Kopie vom **Schwerbehindertenausweis**
- zu 14. Kopien der Belege (die letzten 4 Belege) über die „**freiwillig**“ geleisteten Unterhaltszahlungen
- Einkommenserklärung mit Anlagen**
- Vermögenserklärung mit Anlagen**
- Mietvertrag (bei Mietverhältnissen)**