

Kreis Borken
 Fachbereich Soziales – Abteilung Heimpflege
 Burloer Str. 93
 46325 Borken

Antrag auf Sozialhilfe (Grundantrag)

- Vollstationäre Pflege
 Kurzzeitpflege

Antrag auf

- Pflegegeld

Zutreffendes bitte ankreuzen

1 Persönliche Verhältnisse und Zugehörigkeit zu bestimmten Personengruppen		
	Hilfesuchende/r – Heimbewohner/in ¹	Ehegatte / Lebensgefährte
Name		
Vorname		
Geburtsname		
Geburtsdatum		
Geburtsort, Geburtsland		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit <input type="checkbox"/> verwitwet seit <input type="checkbox"/> geschieden seit <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft	
Anschrift (vor Heimaufnahme) Straße und Hausnummer Postleitzahl und Ort		
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> _____
bei Ausländern: aufenthaltsrechtlicher Status	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer <input type="checkbox"/> Asylberechtigter <input type="checkbox"/> Sonstiger Ausländer	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer <input type="checkbox"/> Asylberechtigter <input type="checkbox"/> Sonstiger Ausländer
Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Rentner / Pensionär	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Rentner / Pensionär
Schwerbehindertenausweis <i>Wenn ja: Kopie Ausweis beifügen</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Merkzeichen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Merkzeichen:
Betreuer, Bevollmächtigter Name, Vorname Anschrift Telefonnummer <i>Kopie der Vollmacht, Vorsorgevollmacht oder Bestellung beifügen</i>		

¹ Vom Kreis Borken wird grundsätzlich die sprachliche Gleichbehandlung von Frauen und Männern beachtet. Aus Lesbarkeitsgründen wird in diesem Antragsvordruck ausnahmsweise nur die männliche Sprachform gewählt.

2 Angehörige und sonstige Personen		
Weitere Personen im Haushalt		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis
Alle Kinder des Heimbewohners sowie ggfs. der geschiedene oder getrennt lebende Ehegatte, Eltern		
Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis
Anschrift Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort:		

3 Kosten der Unterkunft	
Vor der Heimaufnahme wohnte der Heimbewohner	Bitte fügen Sie folgende Nachweise bei:
<input type="checkbox"/> zur Miete	Nachweis über Kaltmiete und Nebenkosten, falls aktuell noch Miete gezahlt werden muss
<input type="checkbox"/> in Wohneigentum / im eigenen Haus	Wohnfläche, falls vorhanden Wertgutachten
<input type="checkbox"/> mietfrei, z.B. aus Wohnrecht, Nießbrauchsrecht	Formlose Begründung/Erläuterung
<input type="checkbox"/> in einem „Betreuten Wohnen“, Wohngemeinschaft	Mietbescheinigung

4 Heimaufnahme	
Name und Adresse des Pflegeheims	
Einzugstag Kurzzeitpflege	
Einzugstag Dauerpflege	
Ein- oder Mehrbettzimmer	<input type="checkbox"/> Einbettzimmer <input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer

5	Einkommen (alle Einkünfte in Geld oder Geldeswert, laufend oder Einmalzahlungen) <i>bitte Nachweise beifügen</i>				
	Heimbewohner		Ehegatte/ Lebensgefährtin		Betrag
Alters-, Erwerbsunfähigkeits- oder Berufsunfähigkeitsrente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	€
Witwen-, Witwer oder Waisenrente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	€
Betriebs-, Werks-, Versorgungs- oder Zusatzrente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	€
Unfall- oder Invaliditätsrente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	€
Auslandsrente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	€
landwirtschaftl. Altersgeld oder Deputate (Lebensunterhalt in Naturalien)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	€
Beamtenpension	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	€
Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz oder Lastenausgleichsgesetz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	€
Einkünfte aus selbständiger / nichtselbständiger Tätigkeit oder Krankengeld	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	€
Einkommen aus Kapitalvermögen (z.B. Zinserträge)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	€
Einkommen aus Vermietung / Verpachtung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	€
Zahlungen aus privater Pflege(zusatz)versicherung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	€
Zahlungen aus privatrechtlichen Ansprüchen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	€
Grundsicherungsleistungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	€
Wohngeld	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	€
Sozialhilfe / Arbeitslosengeld I	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	€
Blindengeld	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	€
Kindergeld	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	€
Noch ausstehende Ansprüche auf Einkommenssteuererstattung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	€
Unterhaltsansprüche	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	€
Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	€
Sonstiges Einkommen, das oben nicht erwähnt wird	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	€
Sonstige Forderungen (z.B. Schadenersatz, Erbe, Pflichtteilsanspruch, Schenkung, Schmerzensgeld, Außenstände, Wohnrecht, Taschengeld, Nießbrauchsrecht, ärztliche Behandlungsfehler usw.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	€

6	Vom Einkommen ggfs. absetzbar Folgende Versicherungen sind vorhanden (z. B. Haftpflicht-, Hausrat-, Unfall-, Krankenhaustagegeld-, Lebensversicherung, Sterbegeldversicherung, Gewerkschaftsbeitrag, Beitrag für Sozialverband, private Krankenversicherung, KFZ-Versicherung, KFZ-Steuer)	
Art	Betrag in €	
Hausratversicherung	mtl.	jährl.
Haftpflichtversicherung	mtl.	jährl.
Private Krankenversicherung	mtl.	jährl.
	mtl.	jährl.
	mtl.	jährl.
	mtl.	jährl.
	mtl.	jährl.
	mtl.	jährl.

7	Kranken-/Pflegeversicherung <i>Bitte den Pflegekassenbescheid ab Heimaufnahme beifügen</i>	
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillige Versicherung <input type="checkbox"/> privatversichert <input type="checkbox"/> Familienversicherung	
Beihilfeberechtigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Pflegekasse		
Versicherungsnummer		
Pflegegrad	<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"/> Antrag ist gestellt. Bemerkung:	

8	Besteht eine Kriegsbeschädigung oder sind Sie Angehöriger einer kriegsbeschädigten bzw. hinterbliebenen Person
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

9	Vermögen WICHTIG: Es sind sowohl das Vermögen des Heimbewohners als auch Angaben zu dem nicht getrennt lebenden Ehegatten, nicht getrennt lebenden Lebenspartner bzw. dem Partner in eheähnlicher Gemeinschaft zu machen. Bei minderjährigen Kindern ist auch das Vermögen der Eltern anzugeben.
----------	--

Bargeld	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	€
Eigengeldkonto in der Einrichtung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	€
Wertvoller Schmuck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	€
Wertvolle Sammlungen, Kunstgegenstände	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	€

Liste <u>aller</u> Konten der vergangenen 10 Jahre vor Antragstellung (auch bereits aufgelöste Konten)		bei Bank/Sparkasse/Institut	Kontonummer
Girokonten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Sparkonten, Sparbücher, Festgeldkonten, Sparbriefe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Wertpapiere, z.B Aktien, Fondsanteile, Depots, Geschäftsanteile, Genossenschaftsanteile	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Bausparverträge	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Staatlich geförderte Altersvorsorge (Riester)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Sonstige Konten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Sonstiges Vermögen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<input type="checkbox"/> Ich versichere, dass innerhalb der letzten 10 Jahre keine weiteren Konten bestanden haben.			

- ➔ Bitte reichen Sie eine Bankbescheinigung mit den Kontoständen aller Konten jeweils zum 01. eines jeden Jahres der letzten 10 Jahre ein.
- ➔ Bitte reichen Sie zusätzlich Kopien der Kontoauszüge der Girokonten für die letzten 3 Monate vor Heimaufnahme ein.

Kraftfahrzeuge (Pkw, Lkw, Motorrad, Wohnwagen, Boot, landwirtschaftl. Fahrzeug etc.)	Eigentümer	Typ, Baujahr	Aktueller Kilometerstand	Aktueller Wert in Euro
<input type="checkbox"/> Ja, amtliches Kennzeichen: _____ <input type="checkbox"/> Nein				

Eigentümer / Miteigentümer eines Grundstücks, Ackerlandes einer Wohnung / Hauses etc.	Lage des Grundstücks (Ort, Gemarkung, Flur, Flurstück)
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

In den letzten 10 Jahren vor Antragstellung wurden Barvermögen, Wertpapiere, Erbansprüche u.a. verschenkt, veräußert oder übergeben
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein wenn ja: Zeitpunkt, Anlass, Art, Höhe und Empfänger mit Anschrift angeben

Innerhalb der letzten 10 Jahre wurde Haus- und Grundbesitz veräußert, übertragen oder verschenkt?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein wenn ja: Kopie des Kaufvertrages bzw. des Übergabevertrages beifügen

Vor mehr als 10 Jahren wurde Haus- und Grundbesitz veräußert, übertragen oder verschenkt?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein wenn ja: Kopie des Kaufvertrages bzw. des Übergabevertrages beifügen

Inhaber oder Teilhaber einer Firma oder eines Gewerbebetriebes?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein wenn ja: Name und Anschrift:

Besteht eine Lebensversicherung?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein wenn ja: Nachweis der Versicherung mit dem aktuellen Rückkaufswert beifügen

Besteht eine Sterbegeldversicherung?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein wenn ja: Nachweis der Versicherung beifügen: aktueller Rückkaufswert? Wer ist Bezugsberechtigter? Gibt es ein Ablaufdatum?

Besteht ein Bestattungsvorsorgevertrag
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein wenn ja: Kopie des Vertrages beifügen

Bestehen Verträge/Forderungen zu Gunsten Dritter
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein wenn ja: Nachweise beifügen

Bestehen sonstige Ansprüche oder Rechte gegen Dritte (z.B. Wohnrecht, Nießbrauch, Altenteilsrecht, Darlehen, Pflichtteilsansprüche, Schadenersatz)
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein wenn ja: Nachweise beifügen

10	Hinweise
<p>Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch I -SGB I-).</p> <p>Bezüglich des Datenschutzes wird auf die beiliegende Information zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung verwiesen.</p> <p>Das Sozialamt darf das Bundeszentralamt für Steuern ersuchen, bei den Kreditinstituten die in § 93 b Abs. 1 der Abgabenordnung – AO bezeichneten Daten abzurufen, soweit dies zur Überprüfung des Vorliegens der Anspruchsvoraussetzungen erforderlich ist und ein vorheriges Auskunftersuchen an den Betroffenen nicht zum Ziel geführt hat oder keinen Erfolg verspricht (§ 93 Abs. 8 AO).</p> <p>Datenabgleich gemäß § 118 SGB XII Es wird darauf hingewiesen, dass der Sozialhilfeträger in regelmäßigen Abständen einen sogenannten Datenabgleich gemäß § 118 SGB XII durchführt, d.h. er Angaben darüber erhält, ob ein Hilfeempfänger z.B. steuerfreie Zinserträge aus Sparguthaben etc. erzielt oder erzielt hat, einer versicherungspflichtigen oder geringfügigen Beschäftigung nachgeht, lfd. oder einmalige Rentenzahlungen (z. B. auch aus Unfallrenten) bezieht, Kraftfahrzeuge unterhält, Grundstücke besitzt usw.</p>	

Es ist mir klar, dass zu Unrecht erbrachte Sozialhilfeleistungen zurückzuzahlen sind (§§ 45, 50 SGB X, § 104 SGB XII)

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 283 StGB -Betrug-) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss. Ich bin verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert **Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen**, die für die Leistungen erheblich sind, insbesondere in den Einkommens- Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (Wohnungswechsel, vorübergehende Abwesenheit z.B. Krankenhausaufenthalte), auch die von Haushaltsangehörigen (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I). Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich belehrt worden (§ 66 SGB I). Ich bin unterrichtet, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete in gesetzlich zulässigem Umfang auf den Träger der Sozialhilfe übergeleitet werden können.

Datum und Unterschrift des Hilfesuchenden
bzw. dessen Bevollmächtigten

Unterschrift des Ehegatten /
Lebenspartners