

**Antrag auf Gewährung von Sozialhilfe in Form der
Übernahme von ungedeckten Heimkosten
für Kurzzeit-/ Verhinderungspflege bzw.
für die Heimunterbringung auf Dauer**

Bekanntwerden des Hilfebedarfs
am
Unterschrift Träger der Sozialhilfe

Wichtige Hinweise:

Alle Angaben sind zu belegen (§ 60 Abs. 1 Ziff. 3 SGB I i.V.m. § 99 SGB X); die eingereichten Nachweise erhalten Sie zurück, sofern es sich um Originale handelt.

Bitte füllen Sie den Vordruck vollständig aus, Nichtzutreffendes bitte streichen!

Kurze Begründung des Antrages, Ursache der Notlage:

| I. Persönliche Verhältnisse: | Leistungsbegehrende/r | Ehegatte (auch früherer)/ Lebensgefährte/in |
|--|--|--|
| Name/ Geburtsname | | |
| Vorname | | |
| Straße/ Hausnummer | | |
| Postleitzahl/ Wohnort | | |
| Telefon (tagsüber) | | |
| Geburtsdatum | | |
| Geburtsort | | |
| Staatsangehörigkeit | | |
| Familienstand | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit (Datum) _____ | <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit (Datum) _____ |
| Ausweispapiere | Art: _____ Nr: _____ | Art: _____ Nr: _____ |
| Steuer-Identifikationsnummer | | |
| Ist ein Betreuer oder Bevollmächtigter bestellt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> ja (Name, Anschrift, Telefonnr.) _____ _____ _____ Az.d.Amtsgerichts _____ | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> ja (Name, Anschrift, Telefonnr.) _____ _____ _____ Az.d.Amtsgerichts _____ |
| Haben Sie durch Kriegseinwirkung, als Opfer einer Gewalttat, als Soldat/Zivildienstleistender oder aufgrund politischen Gewahrsams eine dauerhafte Behinderung/ Schädigung erlitten? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art und Ursache der Behinderung/ Schädigung: _____ _____ (Bitte den Erstanerkennungsbescheid des Versorgungsamtes beifügen) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Art und Ursache der Behinderung/ Schädigung: _____ _____ (Bitte den Erstanerkennungsbescheid des Versorgungsamtes beifügen) |
| Sind durch Kriegseinwirkung, eine Gewalttat, als Soldat/Zivildienstleistender oder in politischem Gewahrsam Kinder, frühere Ehegatten oder Eltern gestorben oder haben Eltern eine dauerhafte Behinderung/ Schädigung erlitten? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Name, Verwandtschaftsgrad, Datum) _____ _____ _____ | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Name, Verwandtschaftsgrad, Datum) _____ _____ _____ |
| Haben Sie Beihilfeansprüche (z. B. öffentlicher Dienst, Bahn, Post, Kirche usw.)? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ _____ (Name und Anschrift) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ _____ (Name und Anschrift) |

II. Familienverhältnisse: Folgende Personen leben mit dem Leistungsbegehrenden und seinem Ehegatten/ Lebensgefährten im gemeinsamen Haushalt

| Nr. | Name, Vorname | Verwandtschafts- verhältnis | Geb.-Datum | Beruf, Tätigkeit | Arbeitgeber |
|-----|---------------|--------------------------------|------------|------------------|-------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

**III. Angehörige des Leistungsbegehrenden und der Haushaltsangehörigen außerhalb des gemeinsamen Haushaltes
(Kinder, Eltern, geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten)**

| | 1. | 2. | 3. |
|---|----|----|----|
| Name | | | |
| Vorname | | | |
| Geburtsdatum | | | |
| Straße/ Haus-Nr. | | | |
| PLZ/ Wohnort | | | |
| Verwandtschaftsverhältnis, verwandt mit: | | | |
| | 4. | 5. | 6. |
| Name | | | |
| Vorname | | | |
| Geburtsdatum | | | |
| Straße/ Haus-Nr. | | | |
| PLZ/ Wohnort | | | |
| Verwandtschaftsverhältnis, verwandt mit: | | | |

IV. Wohnverhältnisse

1. Es wird derzeit bewohnt:

(nur, sofern ein Ehepartner/Lebensgefährte in der Wohnung verbleibt bzw. bei Kurzzeit-/ Verhinderungspflege)

| | | | | | |
|---|--|-----------------------|--|--------------------------|----------------|
| Anzahl der zur Verfügung stehenden Wohnräume | | zusätzlich genutzt | <input type="checkbox"/> Küche - <input type="checkbox"/> Bad/ WC <input type="checkbox"/> Flur - <input type="checkbox"/> Garage/ Stellplatz | Wohnfläche insgesamt: | m ² |
|---|--|-----------------------|--|--------------------------|----------------|

2. Bei angemietetem Wohnraum - es fallen folgende Kosten an:

| | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|
| Aufwendungen für Miete und Nebenkosten insgesamt | € | hierin enthalten: Heizkosten | € | hierin enthalten: Stromkosten | € |
| angemietet am: | | <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Zimmer | <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus | <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus | |

3. Bei Eigentum - es fallen folgende Kosten an:

| | | | |
|---|----------------------------------|--|---|
| Zinsaufwendungen für Fremdkapital (jährlich) | € | jährl. Nebenkosten insgesamt (It. beigefügten Nachweisen) | € |
| Im Eigentum des Leistungsbegehrenden oder der übrigen Haushaltsangehörigen stehende/s | <input type="checkbox"/> Wohnung | <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus | <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus |

| 4. Wohnverhältnisse vor Heimaufnahme: | | |
|---|--|---|
| Datum der Heimaufnahme: _____ | Wohnort vor Heimaufnahme: | Straße/ HausNr.: _____ Postleitzahl/ Ort: _____ dort wohnhaft seit (Datum): _____ |
| | Wohnort davor: | Straße/ HausNr.: _____ Postleitzahl/ Ort: _____ dort wohnhaft seit (Datum): _____ |
| Wie hat der Leistungsbegehrende vor Heimaufnahme zuletzt gewohnt? <input type="checkbox"/> In einer Mietwohnung <input type="checkbox"/> Zur Untermiete <input type="checkbox"/> (Un)Entgeltlich bei Verwandten/ Angehörigen (z.B. Wohnrecht) <input type="checkbox"/> In einer Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> In einem selbstgenutzten Ein-/Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | |
| 5. Wohnverhältnisse im Pflegeheim: | | |
| Name und Anschrift des Pflegeheims: | | |
| Wie ist der Leistungsbegehrende im Pflegeheim untergebracht? <input type="checkbox"/> Doppel-/ Mehrbettzimmer <input type="checkbox"/> Einzelzimmer; Grund für den Bezug eines Einzelzimmers: _____ | | |
| Grund des Umzugs in ein Pflegeheim: | | |
| Wurde zuvor Sozialhilfe bezogen? (Grundsicherung, Hilfe zum Lebensunterhalt Wohngeld, etc.) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, vorheriger Träger der Sozialhilfe: _____ (Behörde/Postleitzahl/Ort) | |
| V. Einkommensverhältnisse | | |
| Der Leistungsbegehrende und der Ehegatte/ Lebensgefährte bezieht/en folgende/s Einkommen oder haben es beantragt: | | |
| Art des Einkommens | nein/ ja, mtl. Betrag | Das Einkommen bezieht: |
| Altersruhegeld/ Altersrente | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | |
| Altersruhegeld/ Altersrente | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | |
| Witwen-/ Waisenrente | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | |
| landwirtschaftliches Altersgeld | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | |
| betriebliche Altersfürsorge/ Zusatzrente | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | |
| betriebliche Altersfürsorge/ Zusatzrente | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | |
| Pension/ Ruhegeld | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | |
| Berufs-/ Erwerbsunfähigkeitsrente | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | |
| Knappschaftsrente | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | |
| Unfallrente | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | |
| Lastenausgleich | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | |
| Arbeitsverdienst | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | |
| Krankengeld | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | |
| Übergangsgeld | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | |
| Blindengeld | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | |
| Kriegsopferversorgung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | |
| Vermietung/Verpachtung/Untervermietung | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | |
| Wohngeld | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | |
| Arbeitslosengeld I oder II | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | |
| Kindergeld | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | |
| Erziehungsgeld/ Elterngeld | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | |
| Kapitalvermögen - Zinsen, Dividenden u.ä. | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | |
| Altenteilsleistungen | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ € | |
| weitere Einkünfte: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar | |
| | _____ € | |

VI. Verbindlichkeiten**Hat der Leistungsbegehrende und/ oder der Ehegatte/ Lebensgefährte Schulden/ Verbindlichkeiten?** nein ja, folgende Schulden/ Verbindlichkeiten (Art und Höhe der Verbindlichkeiten, ggf. mtl. Abtrag):

VII. Versicherungen**Sind Sie Mitglied einer Kranken- und Pflegeversicherung?** nein ja - Name der Versicherung _____

Anschrift: _____

mtl. Beitrag: _____ €

Krankenversicherungsnummer: _____

Erhalten Sie Leistungen der Pflegeversicherung oder haben Sie Leistungen beantragt? nein beantragt am _____ ja, ich erhalte mtl. _____ €

Pflegestufe: _____

Sonstige Versicherungen:**Versicherungsnehmer/ Name der Versicherung:****mtl. Beitrag:****Privathaftpflichtversicherung** nein ja**Hausratversicherung** nein ja**Unfallversicherung** nein ja**Kfz-Haftpflichtversicherung** nein ja**freiwillige Rentenversicherung** nein ja**Zusatzkrankenversicherung** nein ja**Sterbegeldversicherung** nein ja**Lebensversicherung** nein ja**sonstige:****Bei Abschluss einer Lebens- oder Sterbegeldversicherung:**

- Art des Vertrages und Name des Vertragspartners:

- Versicherungssumme und Höhe des Rückkaufwertes sowie der Überschussbeteiligung:

VIII. Vermögensverhältnisse: Der Leistungsbegehrende und der Ehegatte/ Lebensgefährte verfügen über folgendes Vermögen**1. Kontostände:** nein ja, und zwar:**Inhaber****Bankinstitut****IBAN****Kontostand****am (Datum)****Girokonto****Girokonto****Sparbuch****Sparbuch****Bausparvertrag****Bausparvertrag****Bargeld** nein ja, und zwar (Person, Betrag): _____

| | | | |
|---|--|------------------------------------|-----------------------------------|
| 2. Grundvermögen: (auch als Miteigentumsanteil) | | <input type="checkbox"/> nein | |
| <input type="checkbox"/> ja, und zwar: | Lage des Grundvermögens (genaue Anschrift) | Verkehrswert (geschätzt) | Grundvermögen belastet mit |
| <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus | | € | € |
| <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges Grundstück | | € | € |
| <input type="checkbox"/> bebaut | | | |
| <input type="checkbox"/> unbebaut | | | |
| <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung | | € | € |

3. Weiteres Vermögen:

| | | | |
|---|---|------------------------------------|------------------------|
| Wertpapiere (z. B. Bundesschatzbriefe, Aktien, usw.) | <input type="checkbox"/> ja, Art: _____ | Inhaber/Eigentümer _____ | Wert _____ € |
| <input type="checkbox"/> nein | _____ | _____ | _____ € |
| Wertgegenstände (z. B. Pkw, Schmuck, sonstiges Vermögen ...) | <input type="checkbox"/> ja, Art: _____ | Inhaber/Eigentümer _____ | Wert _____ € |
| <input type="checkbox"/> nein | _____ | _____ | _____ € |
| Schließfach | <input type="checkbox"/> ja, seit (Datum): _____ | Bankinstitut _____ | Inhalt _____ |
| <input type="checkbox"/> nein | _____ | _____ | _____ |

IX. Sonstige Verhältnisse des Leistungsbegehrenden und des Ehegatten/ Lebensgefährten**1. Ist der Leistungsbegehrende oder der Ehegatte/ Lebensgefährte im Besitz eines Schwerbehindertenausweises bzw. eines Bescheides über die Feststellung einer Schwerbehinderteneigenschaft?**

| | | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|----------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Person: | Grad der Behinderung | Zuerkannte Merkzeichen |
| | | % | |
| | | % | |

Ursache der Behinderung:Die Behinderung liegt aufgrund eines Impfschadens vor? nein jaDie Behinderung wurde durch einen Unfall (unter Beteiligung Dritter) hervorgerufen? nein ja

| | | |
|--|--|--|
| 2. Hat der Leistungsbegehrende oder der Ehegatte/ Lebensgefährte vertragliche Ansprüche? (Darlehens-, Altenteils-, Übergabevertrag – z.B. Hof, Haus...) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | wenn ja -nähere Erläuterungen (Vertrag vom, Art, usw.): |
| 3. Hat der Leistungsbegehrende oder der Ehegatte/ Lebensgefährte erbrechtliche Ansprüche? (z. B. Testament, Erbengemeinschaft, Pflichtteil) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | wenn ja - nähere Erläuterungen: |
| 4. Hat der Leistungsbegehrende oder der Ehegatte/ Lebensgefährte Ersatzansprüche (z.B. Lohnersatz, Schmerzensgeld, Schadensersatz) gegen Dritte oder glaubt er, solche zu haben? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | wenn ja -nähere Erläuterungen: |
| 5. Hat der Leistungsbegehrende oder der Ehegatte/ Lebensgefährte in den letzten 10 Jahren auf Ansprüche, Forderungen oder Rechte (z.B. Altenteils-, Nießbrauchrechts-, Pflichtteils-, Schadensersatz-, Unterhaltsansprüche, Darlehensforderungen) verzichtet bzw. diese nicht durchgesetzt? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | wenn ja -nähere Erläuterungen: |
| 6. Hat der Leistungsbegehrende oder der Ehegatte/ Lebensgefährte Grabpflege-/ Bestattungsvorsorgeverträge o.ä. abgeschlossen? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | wenn ja -nähere Erläuterungen: - Art des Vertrages und Name des Vertragspartners: _____ - Vertragssumme und Höhe des Rückkaufwertes: _____ |

Erklärung des Leistungsbegehrenden und seines Ehegatten/ Lebensgefährten:

- * Ich versichere ausdrücklich, dass ich jede Änderung meiner Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, jede Änderung meiner Wohnverhältnisse sowie jede vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort, Krankenhausaufenthalte (auch von Haushaltsangehörigen) unverzüglich dem Träger der Sozialhilfe mitteilen werde.
- * Weiterhin versichere ich ausdrücklich, dass ich die Aufnahme jeder Arbeit (auch Aushilfs- und Gelegenheitsarbeiten oder Praktika) vor Arbeitsaufnahme dem Träger der Sozialhilfe mitteilen werde. In Bezug auf anderweitige Sozialleistungen (z. B. Arbeitslosenunterstützung, Renten, Pflegegeld, Wohngeld) werde ich bereits deren Beantragung unverzüglich dem Träger der Sozialhilfe anzeigen.
- * Den Träger der Hilfe ermächtige ich hiermit - soweit für die Hilfgewährung erforderlich - Akten anderer Träger der Sozialhilfe und sonstiger Sozialleistungsträger, Behörden und öffentlicher Stellen einzusehen, von denen ich Leistungen erhalten habe oder erhalte.
- * Den Träger der Sozialhilfe entbinde ich hiermit - soweit für die Sozialhilfeangelegenheit erforderlich - vom Datenschutz gegenüber der stationären Einrichtung. Gleichzeitig ermächtige ich den Träger der Sozialhilfe, die jeweils gewährten Leistungen direkt an die stationäre Einrichtung zu zahlen.
- * Die Behörden, Bankinstitute, Versicherungen und Bausparkassen ermächtige und beauftrage ich zur Auskunftserteilung über meine Vermögensverhältnisse dem Landkreis Rotenburg (Wümme) gegenüber. Dies gilt auch für zurückliegende Zeiträume.
- * Den behandelnden Arzt, die Kliniken und die ärztlichen Gutachter entbinde ich hiermit - soweit für die Hilfgewährung erforderlich - gegenüber dem Träger der Sozialhilfe von der ärztlichen Schweigepflicht!
Diese Ermächtigung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.
- * Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 KFÜrsV erteilt.
- * Sind die Voraussetzungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erfüllt, wird diese hiermit gem. § 41 SGB XII beantragt.

| | | |
|-------------------|---|---|
| | X | X |
| <i>Ort, Datum</i> | <i>Unterschrift Leistungsbegehrende/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in</i> | <i>Unterschrift Ehegatte/ Lebensgefährte/in</i> |

§ 263 Strafgesetzbuch (Betrug)

- (1) Wer in der Absicht, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen eines anderen dadurch beschädigt, dass er durch Vorspiegelung falscher oder durch Enttöschung oder Unterdrückung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt oder unterhält, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Der Versuch ist strafbar.
- (3) In besonders schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren.

Ich versichere die Wahrheit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Mir ist bekannt, dass ich mich durch unvollständige oder unwahre Darlegungen in diesem Antrag sowie durch Unterlassen einer späteren Mitteilung über etwaige Veränderungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen während des Bezugs von Sozialhilfe strafbar mache und zu Unrecht bezogene Leistungen zurückerstatten muss.

Von den vorstehend abgedruckten Bestimmungen des § 263 Strafgesetzbuch habe ich Kenntnis genommen, der Folgen fehlender Mitwirkung gemäß § 66 SGB I (Versagung bzw. Entzug der Sozialhilfeleistungen) bin ich mir bewusst.

| | | |
|-------------------|---|---|
| | X | X |
| <i>Ort, Datum</i> | <i>Unterschrift Leistungsbegehrende/r bzw. gesetzliche/r Vertreter/in</i> | <i>Unterschrift Ehegatte/ Lebensgefährte/in</i> |

Urschriftlich zurück an den:

Landkreis Rotenburg (Wümme)
Sozialamt
Postfach 14 40

27344 Rotenburg (Wümme)