

Bezirk Schwaben

- Sozialverwaltung -
Hafnerberg 10
86152 Augsburg

AZ: _____

 Sozialhilfe Hilfe zum Lebensunterhalt Kriegsofferfürsorge Hilfe zur Pflege

Antrag auf Gewährung von Hilfe in einem Heim

Ihre Angaben werden zur Bearbeitung des Antrages benötigt. Gemäß §§ 60 ff. SGB I sind Sie verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Gewährung von Sozialhilfe erforderlich sind. Ihre Angaben werden mit Hilfe einer automatischen Datenverarbeitung gespeichert und verarbeitet (§ 9 Abs. 1 BDSG).

Bezeichnung des Heimes: _____ **Zeitraum:** _____

- Pflegeeinrichtung (anerkannt nach dem Pflegeversicherungsgesetz) Behinderteneinrichtung
 Kurzzeitpflegeeinrichtung Altenheim/Rüstigenabteilung des Alten- u. Pflegeheimes
 Einzelzimmer Zwei/Mehrbettzimmer Gerontopsych. Abteilung
 sonst. Zuschläge _____ **Heimkosten tgl./mtl.=** _____ €

Aufenthalt: auf Dauer vorübergehend

Gründe:

Bei Hilfe zum Lebensunterhalt: Warum ist eine selbständige Versorgung im eigenen Haushalt nicht mehr möglich?

Bitte legen Sie eine ausführliche Stellungnahme Ihres Hausarztes vor.

Bei Hilfe zur Pflege: Warum ist eine häusliche Pflege durch Angehörige oder Dritte nicht möglich?

Bei Kurzzeitpflege: Warum scheidet die Fortsetzung der häuslichen Pflege durch eine Ersatzkraft aus?

Pflegeversicherung:

Pflegekasse _____

Leistungsbescheid liegt vor:

ja, Pflegestufe: _____

(Leistungsbescheid beifügen) bei keiner Einstufung entweder das MDK-Gutachten vorlegen oder beiliegende Vollmacht unterschrieben beifügen.

nein

Antrag auf Leistungen bereits gestellt: ja, am _____ nein

1. Persönliche Verhältnisse	a) des Hilfesuchenden		b) des Ehegatten (auch wenn verstorben, geschieden od. getrennt lebend) bzw. bei ledigen Hilfesuchenden der Eltern	
			Ehegatte/Vater	Mutter
Name (ggf. auch Geburtsname)				
Vornamen				
Geburtsdatum	geb. am		geb. am	geb. am
	in		in	in
			verst. am	verst. am
Familienstand	seit		seit	seit
Staatsangehörigkeit				
Wohnort				
Straße, Nr.				

1. Persönliche Verhältnisse (Fortsetzung von Seite 1)	a) des Hilfesuchenden	b) des Ehegatten (auch wenn verstorben, geschieden od. getrennt lebend) bzw. bei ledigen Hilfesuchenden der Eltern	
		Ehegatte/Vater	Mutter
Telefon/Vorwahl			
Beruf			
Arbeitgeber			
Anschrift			
zuletzt ausgeübte Tätigkeit			
zuletzt krankenversichert bei			
	vom bis	vom bis	vom bis

2. Sonstige Personen, mit denen der Hilfesuchende noch in Haushaltsgemeinschaft (auch Lebensgefährte/in) lebt:

Name (ggf. auch Geburtsname)					
Vorname					
Geburtsdatum					
Familienstand/Verwandtschaftsverhältnis zum Hilfesuchenden	/	/	/	/	/
Beruf					
Arbeitgeber oder Art der Rente usw.					
Höhe des Einkommens (mtl. netto)					

3. Sonstige unterhaltspflichtige Angehörige des/der Hilfesuchenden außerhalb der Haushaltsgemeinschaft: (z.B. ehelich/nichtehelich/ehelich erklärt/angenommene Kinder und Eltern)

Name (ggf. auch Geburtsname)					
Vorname					
Geburtsdatum					
Familienstand/Verwandtschaftsverhältnis zum Hilfesuchenden	/	/	/	/	/
Beruf					
Wohnort					
Straße, Nr.					
Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger, Pensionsfestsetzungsbehörde					

4. Werden Sie von einem Ihrer unterhaltspflichtigen Angehörigen gepflegt?

(Ehegatte, Kinder o. deren Ehegatte, Enkel o. deren Ehegatte, Eltern)

nein

ja

5. Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) bzw. Soldatenversorgungsgesetz (SVG)

(gegebenenfalls Nachweise wie BVG-Rentenbescheid, Sterbeurkunde beifügen!)

- a) Haben der Hilfesuchende oder die im folgenden genannten Angehörigen des Hilfesuchenden Schädigungen erlitten
- durch Kriegseinwirkung,
 - im militärischen Dienst der Bundeswehr oder
 - bei Ausübung des Zivildienstes?

nein ja falls ja,

Hilfesuchender	MdE _____ v.H.
Ehegatte	MdE _____ v.H.
Elternteil _____ (Name)	MdE _____ v.H.

- b) Sind Angehörige des Hilfesuchenden
- durch Kriegereignisse gefallen oder vermißt,
 - an Kriegsleiden verstorben,
 - im militärischen Dienst der Bundeswehr verstorben, oder
 - bei Ausübung des Zivildienstes verstorben?

nein ja falls ja,

Ehegatte	(bei Wiederverheiratung auch früherer Ehegatte)	_____
		(Name, Geburtsdatum)
Kinder	(ehel., f. ehel. erklärte, adoptierte nichtehel. Stief- Pflegekinder, Enkel)	_____
		(Name, Geburtsdatum)
Elternteil		_____
		(Name, Geburtsdatum)

6. Sonstige Angaben

- a) Wurde für den Hilfesuchenden eine Betreuung verfügt oder beantragt?

nein ja Amtsgericht _____ AZ: _____

Name u. Anschrift des Betreuers: _____

Wirkungskreis der Betreuung: _____
(Betreuerausweis vorlegen!)

- b) Frühere Ehegatten des Hilfesuchenden: (soweit nicht bereits unter Nr. 1 angegeben)

(Name, Vorname, Geb.-Datum, Anschrift, Beruf, evtl. Sterbetag) _____

- c) Soweit Ehe(n) geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt wurde(n) bzw. die Ehegatten getrennt leben:

Urteil des Land-/Familiengerichts in _____ vom _____ AZ: _____

(Scheidungsurteil, Regelung über Unterhalt/Sorgerecht bitte beifügen!)

- d) Beihilfeanspruch des Hilfesuchenden, seines Ehegatten oder seiner Eltern ja nein

(aus Beschäftigung im öffentlichen Dienst bzw. vertraglicher Vereinbarung)

Beihilfeberechtigter _____

Beihilfe gewährende Stelle _____

- e) Dauernde Behinderung, Krankheit besteht ja nein

Ursache (z.B. angeborene Behinderung, Unfall, Impfschaden, Berufskrankheit) _____

- f) Besteht eine Behinderung? (Schwerbehindertenausweis beifügen!) ja nein

Grad der Behinderung GdB _____ festgestellt durch Versorgungsamt _____

- g) Wird jetzt oder wurde bereits früher Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge bezogen? ja nein

vom _____ bis _____ Behörde: _____ Hilfeart: _____

- h) Wurden Anträge auf weitere Sozialleistungen gestellt? ja nein

(z.B. Renten, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Krankengeld)

(Tag, Behörde, AZ)

- i) Wurden Anträge auf Sozialleistungen abgelehnt? (Bescheide beifügen!) ja nein

7. Aufenthaltsverhältnisse des Hilfesuchenden

- a) Datum des Heimeintritts _____

- b) derzeitiger Aufenthaltsort: _____ seit _____

7.c)

frühere Aufenthaltsorte:

- Hielten (halten) Sie sich bereits in einer Einrichtung (Alten-/Pflegeheim, Behinderteneinrichtung o. ä.) auf?

ja nein

falls ja,

Heimname _____ von _____ bis _____

Heimname _____ von _____ bis _____

- Hielten (halten) Sie sich unmittelbar vor Heimaufnahme in einem Krankenhaus, einer Klinik o.ä. auf?

Name: _____ von _____ bis _____

- Wohnort unmittelbar vor Aufnahme in das Heim bzw. Krankenhaus:

Wohnort: _____ von _____ bis _____

- Besuchsweise Aufenthalte in den letzten 2 Monaten vor Krankenhaus- oder Heimaufenthalt:

Ort: _____ von _____ bis _____

Grund des Besuches: _____

d) bei Übertritt aus dem Ausland, Datum und Ort des Grenzübertritts: _____

Ich erkläre, daß die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe.

Mir ist bekannt, daß ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann und zu Unrecht erhaltene Hilfe zurückzahlen muß.

Mir ist bekannt, daß meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete auf den Träger der Hilfe übergeleitet und Erstattungsansprüche gegen andere Leistungsträger (z.B. auf Wohngeld, Arbeitslosengeld/-hilfe, Krankengeld, Rente) geltend gemacht werden können.

Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, daß ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse auch von Haushaltsangehörigen unverzüglich und unaufgefordert dem Träger der Hilfe mitzuteilen habe.

Den Träger der Hilfe ermächtige ich hiermit, soweit für die Hilfegewährung erforderlich, Akten anderer Sozialleistungsträger, von denen ich in der Vergangenheit Leistungen erhalten habe, einzusehen.

Jeder hat Anspruch darauf, daß die ihn betreffenden Sozialdaten von den Leistungsträgern nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Sozialgeheimnis - § 35 SGB I). Die Übermittlung von Sozialdaten ist nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen diese Person selbst übermittlungsbefugt wäre (§ 76 Abs. 1 SGB X). Dies gilt nicht im Rahmen des § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X für Sozialdaten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung übermittelt worden sind, es sei denn, daß der Betroffene der Übermittlung widerspricht (§ 76 Abs. 2 SGB X). Von meinem Widerspruchsrecht habe ich Kenntnis genommen.

Diese Ermächtigung gilt zugleich als datenschutzrechtliche Einwilligung.

Sind die Voraussetzungen für Kriegsopferfürsorge erfüllt, wird diese hiermit beantragt und die Zustimmung nach § 54 Abs. 2 KFörsV erteilt.

Sonstige Angaben:

--

PLZ, Ort, Datum	Unterschrift d. Hilfesuchenden bzw. seiner gesetzl. Vertreter	Unterschrift des Ehegatten
-----------------	---	----------------------------

a) Der Antrag auf Hilfe ist hier am _____ aufgenommen worden oder eingegangen.
Damit wurde hier bekannt, daß ggf. die Voraussetzungen für die Gewährung von Hilfe vorliegen.
Die Angaben wurden geprüft. Die einschlägigen Nachweise wurden - soweit sie nicht beiliegen - eingesehen.

b) Mit Belegen am _____ an _____

Weitergeleitet mit folgender Stellungnahme:

Ort, Datum	Stempel, Unterschrift
------------	-----------------------

Wirtschaftliche Verhältnisse des Hilfesuchenden, seines Ehegatten bzw. bei ledigen minderjährigen Hilfesuchenden der Eltern.

1. Einkommensarten

Schlüsselzahlen für Einkommen

1) Tätigkeit

0110 Eink./Selbständiger
0111 Eink./Landw.-Forstw.
0120 Eink./unselbst. Tät.
0121 Leihl. Vergütung
0122 Urlaubsgeld 1/12
0123 Urlaubsgeld Einzelf.
0125 Weihnachtsgeld 1/12
0126 Weihnachtsgeld-indiv.
9128 Erst. LSt.-KiSt. 1/12
0129 Erst. LSt.-KiSt. indiv.
0130 Krankengeld
0140 Schlechtwettergeld
0150 ALG
0160 AlhI.
0170 Übergangsgeld
0180 Konkursausfallgeld
0190 Kurzarbeitergeld
0191 Eingl. Geld
0196 Mutterschaftsgeld

2) Gesetzliche Rentenversicherung

0210 Rente wg. teilweiser Erwerbsminderung
0220 Rente wg. voller Erwerbsminderung
0230 Altersrente
0240 Ww.Rente
0241 Waisenrente
0250 Unfallrente
0255 Knappsch. Rente
0260 Österr. Rente
0270 ausländ. Rente

3) Versorgung (BGV, HHG, SVG, OEG)

0310 BVG-Grundrente 30 %
0311 BVG Grundrente 40 %
0312 BVG-Grundrente 50 % +
0318 BVG-Ausgl. Rente
0319 BVG-Berufsch. Ausgl.
0320 BVG-Pflegezulage mA.
0321 BVG-Führungszulage
0322 BVG-Kleiderverschl.
0323 BVG-Schwerstbeh. Zul.
0330 BVG-Elternteilrente
0331 BVG-Elternr. f. Paare

0332 BVG-Schadensausgl.
0333 BVG-Ws. Ausgl. Rente
0340 sonst. BVG-Rente

4) Lastenausgleich

0410 UH-LAG
0420 Entsch. Rente-LAG

5) Öffentlicher Dienst

0510 Pension
0520 Witwengeld (öD)
0530 Waisengeld (öD)

6) Rentenähnliche Leistungen

0610 betriebl. Zuwendungen
0620 Betriebszusatzrente
0630 Leibrente, Leibgeding
0640 Altersgeld für Landwirte
0650 Entsch. rente-BEG
0651 Entsch. Rente-OEG
0660 Unterhalt - Geldleist.
0661 Unterhalt - Sachleist.
0870 Hilfswerk f. beh. Kinder

7) Sonstige Leistungen

0710 Kindergeld
0711 KGZ
0712 Kinderzuschuß. Rent.
0720 UVG-Leistungen
0730 USG-Leistungen
0740 BAföG-Leistungen
0750 Zivilblindenpflegeg.

8) Einkommen aus Vermögen

0810 Zinseinnahmen
0811 Vermögensertrag
0820 Mieteinnahmen
0821 Pachteinahmen

9) Sonstige Einkommen

0910 bes. Mietzuschuß
0911 Wohngeld - nicht pauschal.
0912 Lastenzuschuß-WoGG
0950 sonst. Einnahmen

Nettoeinkommen monatlich	a) des Hilfesuchenden		b) des Ehegatten(auch wenn geschieden oder getrennt lebend) Bei ledigen minderj. Hilfesuchenden hier Angaben über die Eltern.			
			Ehegatte/Vater		Mutter	
entsprechende Schlüsselzahl	/	€	/	€	/	€
vor den Einkommenbetrag	/	€	/	€	/	€
schreiben	/	€	/	€	/	€
	/	€	/	€	/	€
Nachweise beilegen	/	€	/	€	/	€
	/	€	/	€	/	€
	/	€	/	€	/	€
Arbeitgeber bzw. zahlende						
Stellen angeben:						
(z.B. Krankenkasse ,						
Rententräger, Akten- bzw.						
Rentenzeichen)						

2. laufende Ausgaben (bitte belegen)

	€	€	€
a) Versicherungen (z.B. Haftpflicht, Lebensver- sich., Sterbegeldvers., frei- willige Krankenversicherung)			
b) Mit d. Erzielung d. Einkom- mens verbund. Ausgaben			

3. Besondere Belastungen (z.B. Schulden, Krankheit, Unterstützung von Angehörigen)(bitte belegen!)

4. Vermögensverhältnisse (bitte belegen)

a) bewegl. Vermögen

Spar- und Bankguthaben	bei	bei	bei
Sparverträge, Sparbriefe	€	€	€
Girokonto, Bausparvertrag	bei	bei	bei
	€	€	€
	bei	bei	bei
	€	€	€
sonstiges Vermögen (z.B. Wertpapiere, Kfz, Bar geld)	bei	bei	bei
	€	€	€
	bei	bei	bei
	€	€	€

b) unbewegl. Vermögen (Haus- und Grundvermögen)

nein ja (bitte belegen und folgende Angaben machen!)

<input type="checkbox"/> Wohnhaus (Zahl d. Wohnungen)	<input type="checkbox"/> Eigentumswohnungen	<input type="checkbox"/> gewerbl. genutztes Grundstück
Eigentümer _____	Anteil _____ v.H.	Einheitswert _____ <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> €
gesch. Verkehrswert _____ €	Baujahr _____	Grundstücksfl. _____ Flur-Nr. _____
Gemarkung _____		
derzeitige Nutzung _____		
<input type="checkbox"/> sonst. Grundbesitz insg. _____ ha	davon Bauland _____ qm	Bauerwartungsland _____ qm
Eigentümer _____	Anteil _____ v.H.	Einheitswert _____ <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> €
gesch. Verkehrswert _____ €	Flur-Nr. _____	Gemarkung _____
derzeitige Nutzung _____		
<input type="checkbox"/> Ansprüche auf Grundvermögen im Gebiet der ehemaligen DDR	Art: _____	

5) Wohnverhältnisse des Hilfesuchenden u. d. in Haushaltsgemeinschaft lebenden Personen

a) <input type="checkbox"/> Mietwohnung	<input type="checkbox"/> Untermieter
Miete monatlich (bitte belegen) _____ DM	
Nebenkosten (bitte belegen) _____ DM	
b) <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung	<input type="checkbox"/> eigenes Haus <input type="checkbox"/> freies Wohnrecht
Schuldzinsen, Tilgung (bitte belegen) _____ DM	
Nebenkosten (bitte belegen) _____ DM	

6) Vermögensabgabe

Wurden in den letzten 10 Jahren vor Eintritt der Bedürftigkeit Vermögenswerte (z. B. Haus oder Grundbesitz, Barvermögen, Wertpapiere usw.) veräußert, übergeben oder verschenkt?

nein ja

Zeitpunkt: _____ Höhe: _____ Art: _____

Empfänger, Anschrift: _____

Grund, Anlaß: _____

(Verträge, notarielle Urkunden beilegen)

7) Bestehen Ansprüche o. Rechte gegen Dritte (z.V. Wohnrecht, Anspruch auf Wart u. Pflege, Darlehensrückzahlungsansprüche, Ansprüche aus Erbschaft)?

nein ja Art: _____ Höhe: _____

Verpflichteter, Anschrift _____

(Verträge, notarielle Urkunden beilegen)

8) Bestehen Lebens- oder Sterbegeldversicherungen?

nein ja Art, Höhe _____