

Stadt Oberhausen Der Oberbürgermeister Fachbereich 3-2-20	Antrag auf Sozialhilfeleistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)	Tag der erstmaligen Bekanntgabe:
	- Hilfe in Einrichtungen -	
Datum der Antragstellung:		

Beantragt wird:

- Übernahme der Kosten eines Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflegeaufenthaltes **ab** _____
- Übernahme der ungedeckten Kosten der vollstationären Pflege in einer Pflegeeinrichtung **ab** _____
- Übernahme der Kosten einer Tagespflege **ab** _____
- Übernahme der Hospizkosten **ab** _____

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Sozialhilfeantrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen.

I. Angaben zur Person:

Bewohner/in in der stationären Einrichtung: (nachfragende Person)	Name, Vorname, ggf. Geb.Name	Geburtsdatum	Geburtsort und Geburtsland	
	Staatsangehörigkeit (Personalausweis, ggf. Aufenthaltsgenehmigung beifügen)	(Zukünftige) Pflegeeinrichtungen, ab bzw. seit:		
	Adresse innerhalb der letzten zwei Monate vor stationärer Aufnahme	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit <input type="checkbox"/> verwitwet seit <input type="checkbox"/> geschieden seit <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft seit <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit <input type="checkbox"/> eingetr. Lebenspartnerschaft seit		
	Straße PLZ, Ort			

	Unterhaltspflichtige				
a)	Ehepartner/in Lebenspartner/in Partner/in eheähnlicher Gemeinschaft	Name, Vorname	Geburtsdatum	Straße, PLZ, Wohnort	
b)	Weitere, im selben Haushalt lebende Person	Name, Vorname	Geburtsdatum	Straße, PLZ, Wohnort	
c)	Geschiedene/r bzw. getrennt lebende/r Ehepartner*	Name, Vorname	Geburtsdatum	Straße, PLZ, Wohnort	
d)	Vater/Adoptivvater (nur, wenn nicht verstorben)	Name, Vorname	Geburtsdatum	Straße, PLZ, Wohnort	
e)	Mutter/Adoptivmutter (nur, wenn nicht verstorben)	Name, Vorname	Geburtsdatum	Straße, PLZ, Wohnort	
f)	leibliche Kinder, Adoptivkinder Bitte auch verstorbene Kinder mit Angabe des Sterbedatums angeben	Name, Vorname	Geburtsdatum	Sterbedatum	Straße, PLZ, Wohnort
		Name, Vorname	Geburtsdatum	Sterbedatum	Straße, PLZ, Wohnort
		Name, Vorname	Geburtsdatum	Sterbedatum	Straße, PLZ, Wohnort

	Name, Vorname	Geburtsdatum	Sterbedatum	Straße, PLZ, Wohnort
	Name, Vorname	Geburtsdatum	Sterbedatum	Straße, PLZ, Wohnort
	Name, Vorname	Geburtsdatum	Sterbedatum	Straße, PLZ, Wohnort

* Getrennt leben liegt nicht schon deshalb vor, weil Ihr Partner und Sie aufgrund der Aufnahme in die stationäre Einrichtung nicht mehr zusammenleben. Ehepartner/in, Lebenspartner/in, Partner/in eheähnlicher Gemeinschaft werden im Folgenden „Partner/in“ genannt.

Ich habe keine Kinder bzw. Adoptivkinder

Schwerbehindertenausweis

Ausweis besitzt:	
<input type="checkbox"/> Bewohner/in der stationären Einrichtung (nachfragende Person) Ausweis gültig bis _____ Grad der Behinderung: _____ % Merkzeichen: _____	<input type="checkbox"/> Partner/in Ausweis gültig bis _____ Grad der Behinderung: _____ % Merkzeichen _____
Wurde ein Ausweis beantragt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Sonstige Angaben

Sind Sie Kriegsbeschädigter bzw. Hinterbliebener oder gibt es durch Kriegsereignisse gefallene oder vermisste sowie an Kriegsleiden verstorbene Angehörige (Ehemann oder Kinder)?	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein Name, Verwandtschaftsverhältnis _____
Sind Angehörige von rechtsstaatswidrigen Entscheidungen der ehemaligen DDR betroffen?	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein Name, Verwandtschaftsverhältnis _____
Sind Sie in Ausübung des Wehr-/Zivildienstes, durch Gewalttaten oder durch Impfschäden geschädigt oder gibt es von diesen Ereignissen betroffene Angehörige (Ehepartner oder Kinder)?	<input type="checkbox"/> ja, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nein Name, Verwandtschaftsverhältnis _____

Betreuung/Vollmacht

Nimmt ein/e Betreuer/in oder ein/e Bevollmächtigte/r Ihre Interessen wahr? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>Wenn ja, bitte nachfolgende Felder ausfüllen! Bitte legen Sie die Bestellungsurkunde oder Vollmacht vor.</i>	
Name, Vorname	_____
Adresse	_____
Telefon	Mobil _____
E-Mail	_____
Fax-Nr.	_____

II. Angaben zum Einkommen (Bitte aktuelle Nachweise beifügen)

Ich bestätige hiermit ausdrücklich, dass ich und mein Partner/meine Partnerin, neben dem nachfolgend aufgeführten und eingetragenen Einkommen, keine weiteren Einkünfte erhalten.

Art:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bewohner/in der stationären Einrichtung (nachfragende Person) € pro Monat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Partner/in € pro Monat
Erwerbseinkommen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Altersrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Witwenrente bzw. Witwerrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Pension/Versorgungsbezüge	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Erwerbsminderungsrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Unfallrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Waisenrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Werks-/Zusatz-/Privatrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Auslandsrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Erträge aus Kapitalvermögen (Zinsen, Dividende etc.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Mieteinnahmen/Pachteinnahmen	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Wohngeld nach dem Wohngeldgesetz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Privatrechtliche, geldwerte Ansprüche	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Kindergeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Leistungen für hochgradig Sehbehinderte	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Blindengeld	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Unterhaltshilfe/Entschädigungsrente	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sonder-/Weihnachtszuwendung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Steuererstattung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Sonstige Einkünfte	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

III. Versicherungen von Ihnen, Ihrem/Ihrer Partner/in (Bitte Nachweise beifügen)

	Bestehen:	Versicherungsgesellschaft	Jahresbeitrag
Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Sterbeversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Weitere Versicherungen (Art)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

IV. Vermögen von Ihnen, Ihrem/Ihrer Partner/in (Bitte legen Sie Nachweise bzw. Versicherungsscheine in Kopie bei)

Bargeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Girokonto (Auszüge 3 Monate rückwirkend, lückenlos)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Sparguthaben (Sparbuch, Festgeld) (Auszüge 10 Jahre rückwirkend)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Sparguthaben (Ratensparvertrag, Geldmarktkonto) (Auszüge 10 Jahre rückwirkend)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Sparguthaben (sonstige) (Auszüge 10 Jahre rückwirkend)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Wurde ein Sparguthaben (Sparbuch, Festgeld, Ratensparvertrag usw.) in den letzten 10 Jahren aufgelöst?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Genossenschaftsanteile, Geschäftsanteile	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Kaution/en (hinterlegt z. B. beim Vermieter oder im Pflegeheim)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Bestattungsvorsorge- /Grabpflegevertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Bestattungsvorsorge-/ Grabpflegevertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Staatlich geförderte, private Altersvorsorge Anlageform:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Lebens-/Rentenversicherung Anzahl:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Unfallversicherung mit Rückkaufwert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Wertpapiere (Anlageform/Institut)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Kraftfahrzeug(e) (Km-Stand angeben und Kfz-Schein vorlegen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Sonstige Forderungen Art der Forderung und Schuldner (z. B.: Schadensersatz, Pflichtteil, Außenstände usw.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Ansprüche aus Erbschaften	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Betrag in €
Sonstiges Vermögen und zwar:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Betrag in €

Angabe zu Immobilien

Sind Sie, Ihr/e Partner/in (Mit-)Eigentümer/in von Immobilien? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Art der Immobilie	Lage der Immobilie Bitte Adresse angeben (wenn vorhanden, Wertermittlung in Kopie beifügen)	Größe a) Grundstücksfläche (in m ²) b) Wohnfläche (in m ²)
Hauseigentum		
Wohnungseigentum		
Unbebaute sowie land- und forstwirtschaftlich genutzte Grundstücke		
Sonstige Flächen 1		
Sonstige Flächen 2		

Angaben zu Schenkungen und Vermögensübertragungen

Wurde vor Aufnahme in die stationäre Einrichtung Vermögen auf andere Personen übertragen, z. B. Haus-/Grundvermögen, Geld, weitere Schenkungen oder wurde auf Wohnrechte bzw. sonstige Rechte verzichtet?

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

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

ja nein

Sollten Sie bei den zuvor genannten Fragen „ja“ angekreuzt haben, füllen Sie bitte die nachfolgenden Zeilen aus:

Begünstigte/r (Name, Adresse, ggf. gesonderte Aufstellung beifügen)	Art der Zuwendung (Was wurde übergeben?)	Höhe/Wert der Zuwendung

Vertragliche Rechte (Bitte legen Sie den entsprechenden Vertrag, Urteil, etc. vor)

Anspruch auf Wohnrecht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Anspruch auf Pflege	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Anspruch auf Unterhalt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nießbrauch, Leibrente und sonstige Rechte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Verpfändungen/Bürgschaften	Begünstigter: _____ Seit wann: _____ aktuelle Höhe: _____
Verzicht auf vertragliche Rechte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, bitte Erläuterung:

V. Allgemeines

Kranken-/Pflegeversicherung (bitte entsprechende Nachweise vorlegen)

Name der Krankenkasse/Pflegekasse	Art der Versicherung <input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	Versicherungsnummer
Bei freiwilliger oder privater Versicherung, bitte Höhe der monatlichen Beiträge angeben: Nachweis über den Leistungsumfang (Basistarif etc.)		
Beihilfeanspruch	Haben Sie einen Beihilfeanspruch (z. B. nach Beamtenrecht)? <input type="checkbox"/> ja, Beihilfestelle <input type="checkbox"/> nein	

Angaben zur Pflegebedürftigkeit/Heimnotwendigkeit

Ein Einstufungsbescheid für die vollstationäre Pflege liegt vor und ist diesem Antrag beigelegt

ja, Pflegegrad _____ nein, der Einstufungsbescheid wird unmittelbar nach Erhalt eingereicht

Haben Sie jetzt die Neueinstufung in einen anderen Pflegegrad beantragt?

ja, am _____ nein

Die Bescheinigung der zuständigen Pflegefachkraft über die Notwendigkeit einer vollstationären Unterbringung liegt vor und ist diesem Antrag beigelegt

ja nein, die Bescheinigung wird kurzfristig nachgereicht

Angaben zum Bezug von Sozialleistungen vor Aufnahme in die Pflegeeinrichtung

Haben Sie, Ihr Partner/in bereits vor Aufnahme in die stationäre Einrichtung Sozialleistungen erhalten?

ja nein

Wenn ja, um welche Sozialleistung handelt es sich genau?

Hilfe zum Lebensunterhalt Hilfe zur häuslichen Pflege

Grundsicherung im Alter und bei dauerhafter Erwerbsminderung Eingliederungshilfe

Sonstige Hilfen (ALG II, Krankengeld etc.): _____

Von welchem Sozialleistungsträger haben Sie diese Leistungen erhalten und bis wann?

Bitte Bescheide beifügen

Angaben zur Wohnung, die vor Aufnahme in die stationäre Einrichtung bewohnt wurde

1. Sie leben bzw. lebten vor Aufnahme in die stationäre Einrichtung (bzw. Ihr/e Partner/in lebt) in: <input type="checkbox"/> Mietwohnung <input type="checkbox"/> eigenem Haus <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar _____
2. Sie wohnen mietfrei <input type="checkbox"/> nein, siehe Punkt 3 „Angaben zur Wohnung und zu den Kosten“ <input type="checkbox"/> ja, vollständig <input type="checkbox"/> ja, aber es müssen Nebenkosten getragen werden, in Höhe von _____ Euro. Wenn ja, besteht die Mietfreiheit aufgrund einer vertraglichen Vereinbarung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Angaben zur Wohnung und zu den Kosten (Nachweis, z. B. Mietvertrag vorlegen) Kaltmiete _____ €, Nebenkosten ohne Heizung und Strom _____ €, Heizkosten _____ € Bei Alleinstehenden ist die Wohnung sofort zu kündigen. <input type="checkbox"/> Die Wohnung wurde bereits gekündigt, und zwar zum _____ <input type="checkbox"/> Die Wohnung wird von Mitgliedern der Familie weiter genutzt, und zwar von _____

Besondere Belastungen, sonstige relevante Angaben oder Erläuterungen:

Sofern im Antragsformular nicht ausreichend Platz für Ihre Angaben vorhanden ist, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei.

Wichtige Hinweise und Erläuterungen

- Hiermit erkläre ich, dass ich die entstehenden Kosten voraussichtlich nicht aus den Leistungen der Pflegeversicherung, meinem Einkommen und Vermögen und sonstigen Leistungen selbst zahlen können werde. Soweit ich deshalb Ansprüche auf Sozialhilfe habe, erkläre ich mich damit einverstanden, dass diese Ansprüche durch direkte Auszahlung an die Einrichtung befriedigt werden.
- Soweit der Sozialhilfeträger jetzt oder in Zukunft Auskünfte und/oder Unterlagen bei Dritten einzuholen hat, die zur Entscheidung über diesen Antrag auf Sozialhilfeleistungen erforderlich sind (z. B. Ärzte, Versicherungen, Banken, Behörden, Notare, Gerichte, Rechtsanwälte, Kranken- und Pflegekassen usw.) entbinde ich diese mit meiner Unterschrift unter diesem Antrag ausdrücklich ab sofort von ihrer Schweigepflicht und stimme der Erteilung der erforderlichen Auskünfte ausdrücklich zu (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I; § 117 SGB XII).

- Das Sozialamt ist befugt, beim Bundeszentralamt für Steuern Kontostammdaten abzurufen, sofern ein Auskunftersuchen an mich und meine(n) Partner/in für die Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen nicht zum Ziel geführt haben oder keinen Erfolg versprechen (§ 93 Abs. 8 Abgabenordnung)
- Soweit sich meine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) abweichend von den Antragsangaben entwickeln, werde ich die Änderungen unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialamt mitteilen. Dies gilt auch für Angaben zu den vertretenden Personen.

In Ihrem eigenen Interesse möchten wir Sie bitten, die jeweiligen Unterlagen zu Ihren Angaben mit dem Antrag zusammen vorzulegen. Sie tragen dadurch zu einer zeitnahen Bearbeitung bei und verringern den Umfang von Nachfragen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Antrag wahrheitsgemäß ausgefüllt habe.

Die Verpflichtung zur Mitwirkung ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Hilfe nach § 66 Abs. 1 SGB I ganz oder teilweise versagt werden.

Sollten aufgrund falscher oder fehlender Angaben Sozialhilfeleistungen zu Unrecht bewilligt werden, sind diese zu erstatten. Dieses Fehlverhalten kann eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen. Auch der Versuch ist strafbar (§ 263 Strafgesetzbuch).

- Das Informationsblatt über die Erhebung personenbezogener Daten nach Art. 13 und 14 der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) wurde mir ausgehändigt.

(Ort, Datum)

(Unterschrift der nachfragenden Person)

(Unterschrift Partner/in)

ODER

(Unterschrift des Betreuers, Bevollmächtigten)

Antrag aufgenommen

Behördenbezeichnung