

Antrag auf Leistung von Sozialhilfe

Hilfe zur Pflege



Landkreis Cuxhaven
Der Landrat

Landkreis Cuxhaven
Amt Soziale Leistungen
Vincent-Lübeck-Straße 2
27474 Cuxhaven

Absendevermerk

Eingangsvermerk

Nur bei vollständig ausgefüllten Anträgen kann über die beantragte Leistung entschieden werden. Um eine zeitnahe Bearbeitung des Antrages zu ermöglichen, bitte alle Felder ausfüllen.

1. Grund der Antragstellung

Bitte beschreiben Sie kurz den Grund für die Antragstellung und welche Leistung (z. B. Heimaufnahme, ambulante Pflege durch einen Pflegedienst, Haushaltshilfe etc.) konkret beantragt wird.

2. Angaben zur Einrichtung (nur bei Hilfen in Einrichtungen / Heimen auszufüllen)

Name der Einrichtung	
Anschrift der Einrichtung	
(geplantes) Aufnahmedatum	
Wohin soll der Barbetrag überwiesen werden?	<input type="checkbox"/> An die Einrichtung / das Heim <input type="checkbox"/> Auf das Konto IBAN _____ BIC _____ Name Kto.-Inh.: _____

3. Persönliche Verhältnisse der pflegebedürftigen Person

Bitte fügen Sie eine Kopie Ihres Ausweisdokuments (Personalausweis / Reisepass) bei.

Name (ggf. Geburtsnamen angeben)		
Vorname		
Geburtsdatum und Ort/Kreis		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ (Urteil beifügen)	<input type="checkbox"/> getrennt lebend seit _____ <input type="checkbox"/> verwitwet
	Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> eingetragen <input type="checkbox"/> aufgehoben (Urteil beifügen)	
Staatsangehörigkeit		Telefon
Wohnort, Ortsteil (vor Heimaufnahme)		
Straße, Nr. (vor Heimaufnahme)		
Wurde ein Pflegegrad festgestellt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> Ja mit <input type="checkbox"/> Grad 1 <input type="checkbox"/> Grad 2 <input type="checkbox"/> Grad 3 <input type="checkbox"/> Grad 4 <input type="checkbox"/> Grad 5 (Gutachten <u>und</u> Bescheid der Pflegekasse bitte beifügen)	

4. Persönliche Verhältnisse des Ehegatten / Partners

Name	
Vorname	

Geburtsdatum und Ort/Kreis	
Staatsangehörigkeit	
PLZ, Wohnort, Ortsteil	
Straße, Nr.	

5. Betreuung / Vollmacht <u>Nachweis bitte beifügen</u>	
Ist ein Betreuer bestellt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
bzw. eine Vollmacht ausgestellt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, Vor- und Zuname	
Telefon/ E-Mail	
PLZ, Wohnort	
Straße, Nr.	

6. Wohnverhältnisse (vor Heimaufnahme) <u>Bei ambulanter Hilfe zur Pflege (im eigenen Haushalt), Mietvertrag beifügen.</u>	
Wohnverhältnis	<input type="checkbox"/> Eigentum <input type="checkbox"/> Miete, monatlich Euro
Wohnung	<input type="checkbox"/> Haus <input type="checkbox"/> Wohnung
Die Wohnung	<input type="checkbox"/> wird weiter durch den Ehepartner / Partner bewohnt <input type="checkbox"/> soll verkauft werden <input type="checkbox"/> wurde gekündigt zum _____ <input type="checkbox"/> _____
Heizkosten (pro Monat/pro Jahr)	Euro
Art der Heizung	<input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Sonstiges _____

7. Einkommensverhältnisse der Antragsteller und der im Haushalt lebenden Personen Die Leistungen der Hilfe zur Pflege sind vom Einkommen der pflegebedürftigen Person und der im Haushalt (vor Heimaufnahme) lebenden Angehörigen abhängig. <u>Nachweise über die Art und Höhe der Einkünfte bitte immer beifügen</u> , wie z. B. Rentenbescheid.		
Leben weitere Personen (außer dem Ehegatten / Partner) in dem Haushalt (vor Heimaufnahme), z. B. Kinder? Falls ja, auf gesondertem Blatt angeben.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Einkommensart	Antragsteller/in	Ehegatte / Partner
1. Arbeitsentgelt	Euro	Euro
2. Renten / Pension	Euro	Euro
3. Witwenrente / -pension	Euro	Euro
4. Betriebsrente / Zusatzrente (z. B. VBL)	Euro	Euro
5. Kindergeld	Euro	Euro
6. Unterhaltszahlungen	Euro	Euro
7. Krankengeld	Euro	Euro
8. Arbeitslosengeld I oder II	Euro	Euro
9. Sonstige Einnahmen (z. B. Mieten, Pachten usw., Nachweis bitte beifügen)	Euro	Euro

8. Werbungskosten bitte Nachweise beifügen		
	Antragsteller/in	Ehegatte / Partner
1. Hausratversicherung		
2. Privathaftpflichtversicherung		
3. Sonstige Werbungskosten		

9. Vermögensverhältnisse
 Die Leistungen der Hilfe zur Pflege sind abhängig vom Vermögen der pflegebedürftigen Person und der im Haushalt (vor Heimaufnahme) lebenden Angehörigen. **Nachweise über die Art und Höhe des Vermögens bitte beifügen, insbesondere Kontoauszüge (letzten 3 Monate) sowie Sparbücher der letzten 10 Jahre.** Es sind alle Vermögenswerte anzugeben, auch diejenigen, die zurzeit nicht verwertet werden können oder von denen ausgegangen wird, dass sie geschützt sein könnten.

Vermögensart	Antragsteller/in	Ehegatte / Partner
1. Bankguthaben (Girokonto etc.) Bitte Kontoauszüge der letzten 3 Monate beifügen!	Euro	Euro
2. Sparguthaben (Sparbuch etc.) Bitte Nachweise der letzten 10 Jahre beifügen!	Euro	Euro
3. Wertpapiere / Aktien / Bargeld Bitte Nachweis beifügen!	Euro	Euro
4. Bausparverträge Bitte Nachweis beifügen!	Euro	Euro
5. Lebens- / Sterbegeldversicherung Rückkaufswert / Versicherungsschein beifügen!	Euro	Euro
6. Unfallversicherung Rückkaufswert / Versicherungsschein beifügen!	Euro	Euro
7. Bestattungsvorsorgevertrag Rückkaufswert / Vertrag beifügen!	Euro	Euro
7. Grundvermögen (inkl. Landwirtschaft)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, geschätzter Wert:	Euro
8. PKW / Fahrzeuge aller Art Fahrzeugschein(e), KM-Stand, Verkaufswert beifügen!	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Anzahl: _____	
9. Schmuck / Sammlungen Nachweise beifügen!	Euro	Euro
10. Sonstiges Vermögen Nachweise beifügen!	Euro	Euro
Ist Vermögen innerhalb der letzten 10 Jahre veräußert, übergeben oder verschenkt worden (Falls „Ja“, bitte Nachweis beifügen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

10. Vertragliche oder vergleichbare Ansprüche gegenüber Dritten	
Ansprüche gegenüber Dritten (z. B. ein Wohnrecht aus einem Altenteilvertrag etc.) können auf die Leistung der Hilfe zur Pflege Einfluss haben. Die Verträge bitte beifügen.	
Ich oder mein Ehegatte / Partner haben vertraglich gesicherte Ansprüche gegen Dritte (Falls „Ja“, bitte Nachweis beifügen)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

11. Kranken- und Pflegeversicherung		
Antragsteller/in <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> Freiwillig versichert <input type="checkbox"/> Privat versichert <input type="checkbox"/> Sonstiges _____	Beitragshöhe pro Monat Bei freiwillig o. privat Versicherten Beitragsbescheid beifügen.	Euro
	Familienversicherung bei	
	Mitgliedsnummer	
	Name und Anschrift der Krankenkasse	
Ehegatte / Partner <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> Freiwillig versichert	Beitragshöhe pro Monat Bei freiwillig o. privat Versicherten Beitragsbescheid beifügen.	Euro
	Familienversicherung bei	
	Mitgliedsnummer	

<input type="checkbox"/> Privat versichert <input type="checkbox"/> Sonstiges	Name und Anschrift der Krankenkasse	
--	-------------------------------------	--

12. Angehörige (Kinder, noch lebende Eltern)

Leistungen der Hilfe zur Pflege werden nachrangig gewährt, unter Umständen können Unterhaltsansprüche bestehen, die vorrangig geltend zu machen sind.

	1	2	3	4
Name				
Vorname				
Geburtsdatum				
Familienstand				
Verwandtschaftsverhältnis zum Antragsteller				
PLZ, Wohnort				
Straße, Nr.				
Beruf/aktuelle Tätigkeit				
Einkommen von mind. 100.000 € brutto jährlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt
Es sind weitere Angehörige vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja (ggf. auf gesondertem Blatt angeben)			<input type="checkbox"/> Nein

13. Sonstige Angaben

Wovon wurde der Lebensunterhalt bisher bestritten?	
Wurde bereits früher Sozialhilfe bezogen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, von _____ bis _____ Behörde: _____
Sind Sie Kriegs- / Wehrdienstbeschädigter oder –hinterbliebener oder Opfer eines Impfschadens oder einer Gewalttat?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist eines Ihrer Kinder durch Kriegs-, Wehrdienst oder Schädigungsfolgen verstorben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie im Besitz eines Schwerbehindertenausweises?	<input type="checkbox"/> Ja (bitte beifügen) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt
Ist die Pflegebedürftigkeit die Folge eines Unfalles	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

14. Erklärung Antragsteller/in und Ehegatten / Partner

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 SGB I).

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 (§ 263 Strafgesetzbuch) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss.

Ich bestätige, dass das Merkblatt „Wichtige Informationen für Empfänger von Sozialhilfe und Hilfesuchende“ erhalten und zur Kenntnis genommen habe.

Ort und Datum	Unterschrift Antragsteller/in und Ehepartner / Partner oder Bevollmächtigte/r bzw. Betreuer/in