

Eingangsstempel: _____	Antrag auf Sozialhilfeleistungen	Datum: _____
	- Hilfe zur Pflege - Abteilung 50/2 -	

Beantragt wird:

- Restkostenübernahme des Kurzzeitpflegeaufenthaltes von _____ bis _____
- bei vollstationärer Pflege ab _____
- Pflegewohngeld
- Sozialhilfe – Hilfe zur Pflege
- Grundsicherung nach dem 4. Kapitel SGB XII
- Leistungen der ambulanten Pflege: _____

Angaben zur pflegebedürftigen Person	
Name	
Vorname	
Geburtsname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Staatsangehörigkeit	
Adresse vor Heimaufnahme (Straße, PLZ, Ort)	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit _____
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ist beantragt Grad der Behinderung: _____ % Merkzeichen: _____

Angaben zur Pflegeeinrichtung	
Name der Einrichtung	
Adresse der Einrichtung	
Datum der Heimaufnahme	
Zimmertyp	<input type="checkbox"/> Einbettzimmer <input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer
Pflegegrad	

Antrag auf Hilfe zur Pflege

Ehepartner/in bzw. Lebenspartner/in

Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ist beantragt Grad der Behinderung: _____ % Merkzeichen: _____		

Kinder / Eltern der pflegebedürftigen Person

Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift	Berufsbezeichnung	jährliches Gesamteinkommen von über 100.000,- €
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Es sind keine unterhaltsverpflichteten Personen vorhanden.

Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r

nein, nicht vorhanden
 ja, durch Vollmacht / Vorsorgevollmacht ja, als vom Amtsgericht bestellte/r Betreuer/in

Name, Vorname	
Adresse	
E-Mail	
Telefon- / Handynummer	

Kranken- / Pflegeversicherung

Name der Kranken- / Pflegekasse	Versicherungsnummer	Art der Versicherung	Beiträge (bei freiwillig bzw. privat)
<input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt (Bitte Beihilfebescheid vorlegen!) <input type="checkbox"/> Kein Anspruch auf Leistungen einer Pflegeversicherung		<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	KV: _____ € PV: _____ €

Antrag auf Hilfe zur Pflege

Einkommen				
Einkommensart	Hilfesuchende/r		Ehepartner/in bzw. Lebenspartner/in	
	Rentenzeichen	Betrag in €	Rentenzeichen	Betrag in €
Altersrente				
Witwen- / Witwerrente				
Betriebs- / Werksrente				
Unfall- / Erwerbsunfähigkeitsrente				
Auslandsrente				
Pension / Versorgungsbezüge				
Grundsicherung				
Wohngeld				
Blindengeld				
Mieteinnahmen				
sonstiges				

Bezieht der/die Hilfesuchende/r eine Kriegsbeschädigten- bzw. Hinterbliebenenrente vom Landschaftsverband?

ja (Weitergabe des Antrages an den LWL Münster) nein

Vermögen: Bankguthaben					
	vorhanden?	Hilfesuchende/r		Ehepartner/in bzw. Lebenspartner/in	
		Kontonummer (IBAN) und Kreditinstitut	Betrag in € bei Antragstellung	Kontonummer (IBAN) und Kreditinstitut	Betrag in € bei Antragstellung
Girokonto	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Sparkonto	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Tagesgeld- / Festgeldkonto	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Wertpapiere / Fonds	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Schließfach	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				

Antrag auf Hilfe zur Pflege

weitere Vermögenswerte

	vorhanden?	Hilfesuchende/r	Ehepartner/in bzw. Lebenspartner/in
		Betrag in € bei Antragstellung	Betrag in € bei Antragstellung
Bargeld	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Taschengeldkonto in der Einrichtung	<input type="checkbox"/> ja		entfällt
Onlinebezahl-dienste(PayPal)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
sonstiges			

Kraftfahrzeug

Ist aktuell ein Kfz auf die hilfebedürftige Person oder den / die Ehepartner/in bzw. Lebenspartner/in zugelassen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
War innerhalb der letzten 10 Jahre ein Kfz auf die hilfebedürftige Person oder den / die Ehepartner/in bzw. Lebenspartner/in zugelassen?	<input type="checkbox"/> ja und mit dem Kfz ist folgendes passiert: _____ <input type="checkbox"/> nein
amtliches Kennzeichen	
Fahrzeugtyp / -modell	
Baujahr und aktueller Kilometerstand	

Versicherungen (Bitte Policen und aktuelle Rückkaufswerte vorlegen!)

	vorhanden?	Hilfesuchende/r und / oder Ehepartner/in bzw. Lebenspartner/in		
		Versicherungsgesellschaft und Bezugsberechtigter	aktueller Rückkaufswert	Beitrag
Sterbegeldversicherung 1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bezugsberechtigter:		<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i. H. v. _____ € Beitrag fällig: <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
Sterbegeldversicherung 2	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bezugsberechtigter:		<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i. H. v. _____ € Beitrag fällig: <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bezugsberechtigter:		<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i. H. v. _____ € Beitrag fällig: <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.

Antrag auf Hilfe zur Pflege

Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i. H. v. _____ € Beitrag fällig: <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i. H. v. _____ € Beitrag fällig: <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
Sonstige Versicherungen: _____				<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i. H. v. _____ € Beitrag fällig: <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.

Bestattungsvorsorge

	vorhanden?	Hilfesuchende/r und / oder Ehepartner/in bzw. Lebenspartner/in		
		Vertragspartner	Abschlussdatum	Betrag in €
Bestattungsvorsorgevertrag 1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Bestattungsvorsorgevertrag 2	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Grabpflegevertrag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Vermögensübertragungen / Schenkungen

Wurde durch die pflegebedürftige Person und / oder den / die Ehepartner/in bzw. Lebenspartner/in Vermögen vor Eintritt der Bedürftigkeit auf andere Personen übertragen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja:	
Art der Übertragung (z.B. Geldschenkung, Übertragung einer Immobilie oder eines Kfz's etc.)	
Name und Anschrift des / der Begünstigten	
Betrag / Wert	

Wohnrecht und Nießbrauchrecht

Besteht bzw. bestand <u>jemals</u> ein unentgeltliches Wohnrecht für die pflegebedürftige Person und / oder den / die Ehepartner/in bzw. Lebenspartner/in?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht bzw. bestand <u>jemals</u> ein Nießbrauchrecht für die pflegebedürftige Person und / oder den / die Ehepartner/in bzw. Lebenspartner/in?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Antrag auf Hilfe zur Pflege

Immobilien	
Ist bzw. war die hilfebedürftige Person oder der / die Ehepartner/in bzw. Lebenspartner/in <u>jemals</u> (Mit-) Eigentümer/in von Immobilien / Grundstücken etc.?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, die Immobilie ist <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> im Eigentum der hilfebedürftigen Person <input type="checkbox"/> verkauft am: _____ <input type="checkbox"/> übertragen am: _____
Art der Immobilie	<input type="checkbox"/> Einfamilien- / Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Gewerbe bzw. landwirtschaftlicher Betrieb <input type="checkbox"/> unbebautes Grundstück
Lage / Adresse des Grundstücks	
Aktuelle/r Eigentümer/in (Name und Anschrift) → bei Miteigentum: %-Anteile angeben	
Die Immobilie ist:	<input type="checkbox"/> aktuell unbewohnt <input type="checkbox"/> bewohnt durch: _____ _____
Grundbuchamt, Blatt	
Bezugsfertigkeit des Hauses / Wohnung	
Gesamtwohnfläche in qm	
Gesamtfläche der gewerblichen Räume in qm	
Anzahl Garagen	
Aktuelle laufende Kosten der Immobilie (öffentliche Abgaben, Versicherungsbeiträge)	<ul style="list-style-type: none"> • Hausgeld: _____ € • Grundsteuer: _____ € • Straßenreinigung: _____ € • Müllabfuhr: _____ € • Kanalnutzungsgebühr: _____ € • Gebäudeversicherung: _____ € • Wasser: _____ € • sonstiges: _____ €

Antrag auf Hilfe zur Pflege

Angaben zur letzten Wohnung vor Heimaufnahme

Vermieter/in	
Miethöhe	
Höhe der hinterlegten Kautions	
gekündigt zum: (Bitte Kündigungsbestätigung vom Vermieter beifügen.)	

Weitere Anträge (zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Es wird für den Aufnahme- und Folgemonat der Abzug der Miete vom Einkommen beantragt. Mit Beginn des dritten Monats in der vollstationären Einrichtung ist das gesamte Einkommen einzusetzen.
<input type="checkbox"/>	Es wird ein Zuschuss von max. 1.000 € für die Kosten der Wohnungsräumung beantragt. Reichen Sie hierzu bitte 3 Kostenvoranschläge zwecks Prüfung eingereicht.
<input type="checkbox"/>	Bei bestehendem Immobilienvermögen: Sollte die Immobilie nicht zum geschützten Vermögen gehören und eine sofortige Verwertung nicht möglich sein oder eine Härte bedeuten, kann Pflegewohngeld und Sozialhilfe als Darlehen erbracht werden. Die Hilfe wird hiermit als Darlehen beantragt. Mit einer dinglichen oder anderweitigen Sicherung des Darlehens erkläre ich mich einverstanden.
<input type="checkbox"/>	<p>Die jährliche Zahlung für die Zuzahlungsbefreiung bei der Krankenkasse kann als ergänzendes Darlehen vom Sozialamt übernommen werden.</p> <p>Es wird hiermit beantragt, dass der / die Heimbewohner/in das ergänzende Darlehen gemäß § 37 SGB XII ab dem Jahr nach Heimeinzug und die Folgejahre in Anspruch nehmen möchte.</p> <p>Falls ja, bitte angeben: Der / Die Heimbewohner/in ist chronisch krank: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Erklärung Darlehensgewährung: Nach § 37 Abs. 3 SGB XII kann das Sozialamt für Barbetragsberechtigte den zumutbaren Eigenanteil zu den Krankenkosten nach dem SGB V in Form einer ergänzenden Darlehensgewährung übernehmen. Der / Die Heimbewohner/in erhält dann direkt zu Beginn des jeweiligen Jahres von der Krankenkasse die Bescheinigung über die Befreiung von der Zuzahlung zu den Krankenkosten. Der Eigenanteil wird vom Sozialamt der Stadt Bottrop unmittelbar an die Krankenkasse überwiesen. Das gewährte Darlehen wird jedoch in gleichen Teilbeträgen über das ganze Kalenderjahr vom Taschengeld/Barbetrag durch die Stadt Bottrop einbehalten.</p>

Sonstige Anmerkungen:

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Antrag auf Hilfe zur Pflege

Hinweise:

Um eine abschließende Entscheidung über den Antrag sachgerecht und zeitnah treffen zu können, werden Sie darum gebeten, den Antrag vollständig und sorgfältig auszufüllen und zu unterschreiben. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. Alle Angaben sind durch sämtliche Unterlagen zu belegen.

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach Art. 6 Abs. 1 lit. c) und e) Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) i. V. m. §§ 67 bis 78 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X. Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an die datenerhebende Stelle.

Die im Rahmen der Antragstellung angegebenen Auskünfte über das Vermögen können durch eine Kontenabfrage nach § 93 Abs. 8 Abgabenordnung beim Bundeszentralamt für Steuern überprüft werden.

Erklärung:

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der in diesem Antrag gemachten Angaben wird hiermit ausdrücklich versichert. Es ist bekannt, dass man sich durch unvollständige und unwahre Angaben strafbar macht und dass zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten sind.

Bitte beachten Sie, eigenständig nicht mehr als die Rente(n) im Heim einzusetzen und nicht in Vorleistung zu treten, da bei einer Zuwiderhandlung kein Bedarf mehr besteht, welches für die Leistungserbringung jedoch Grundvoraussetzung ist.

Etwaige Veränderungen in den Einkommens- und Vermögensverhältnissen werden dem Sozialamt sofort bekannt gegeben.

Es wurden folgende Anlagen ausgehändigt, die auszufüllen und zurückzusenden sind:

- Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht
- Bankbescheinigung
- Vollmacht zur Wohngeldbeantragung
- Mietbescheinigung (nur bei Eheleuten für den/die zuhause verbleibende/n Ehemann/Ehefrau)

Es wurden folgende Anlagen ausgehändigt, deren zur Kenntnisnahme und Beachtung ich hiermit ausdrücklich bestätige:

- Merkblatt zum SGB XII-Antrag
- Merkblatt über die vorzulegenden Unterlagen
- Merkblatt über die Mitwirkungspflichten
- Merkblatt zur Datenschutzgrundverordnung

Unterschrift Hilfesuchende/r
bzw. des Betreuers oder Bevollmächtigten

**Bitte ausfüllen und zurücksenden: Erklärung über die Entbindung
von der ärztlichen Schweigepflicht**

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Familienname, Vorname	Geburtsdatum
Gesetzlicher Vertreter	

Hiermit stimme ich der Erteilung von ärztlichen Auskünften und der Vorlage ärztlicher Unterlagen gegenüber der Stadt Bottrop - Sozialamt - zu, soweit diese zur Erfüllung von Aufgaben der Sozialhilfe erforderlich sind.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Erklärenden bzw. des gesetzlichen Vertreters)

Weitere Erklärungen, Angaben:

An:
Stadt Bottrop
Sozialamt
50/2 – HzP
Berliner Platz 7
46236 Bottrop

Bitte von der Bank ausfüllen lassen und zurücksenden: Bankbescheinigung

Kreditinstitut (Stempel)

Frau/Herrn/Eheleute (Kontoinhaber)

Vorname, Familienname	
Geburtsdatum	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Ort)	

Bank-/Engagement-Bescheinigung

Sehr geehrte _____

es wird Ihnen hiermit bescheinigt, dass für Sie zu den genannten Stichtagen bei unserem Kreditinstitut folgende Konten (z.B. Girokonten, Depotkonten, Wertpapierkonten, Sparkonten, Sparbriefe, Wertpapiere, Genossenschaftseinlagen, Schließfächer oder ähnliches) geführt werden:

	Konto-Nr./IBAN	Art des Kontos	Bestand am Tag der Heimaufnahme Betrag	Bestand am 1 Jahr vor Heimaufnahme Betrag	Bestand am 10 Jahre vor Heimaufnahme Betrag
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Wurde Freistellungsauftrag erteilt? Ja, in Höhe von _____ EUR Nein

Diese Angaben wurden mit aller Sorgfalt erstellt. Sollte trotzdem im Einzelfall ein Fehler unterlaufen sein, können wir für einen hierdurch verursachten Schaden nur bei grober Fahrlässigkeit haften.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte ausfüllen und zurücksenden: Vollmacht zur Wohngeldbeantragung

Vollmacht zur Wohngeldbeantragung

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Name der Einrichtung	
Adresse	
Name Betreuer/in	
Anschrift Betreuer/in	

Hiermit erteile ich dem Sozialamt, Stadt Bottrop, die Vollmacht, Wohngeld bei der zuständigen Wohngeldstelle zu beantragen. Diese erstreckt sich auf Erst- und Folgeanträge.

Meinen Anspruch auf Wohngeldzahlung, den ich gegenüber der zuständigen Wohngeldstelle habe, trete ich in unwiderruflicher Weise an die vollstationäre Einrichtung

Name der Einrichtung	
Adresse der Einrichtung	

Die Wohngeldstelle wird angewiesen, das Wohngeld direkt an die Einrichtung zu überweisen. Die zu zahlende Leistung soll auf folgendes Konto überweisen werden:

Kontoinhaber	
IBAN	
BIC	

Ort, Datum

Unterschrift Heimbewohner/in oder
Betreuer/in Bevollmächtigte/r

An:
Stadt Bottrop
Sozialamt
50/2 – HzP
Berliner Platz 7
46236 Bottrop

Bitte vom Vermieter ausfüllen lassen und zurücksenden: Mietbescheinigung

Mietbescheinigung

(Bitte vom Vermieter ausfüllen lassen.)

Name des Vermieters	
Anschrift des Vermieters	

Name(n) der Mieter	
vollständige Adresse des Mietobjektes	
Einzugsdatum	
Größe der Wohnung in qm	
Heizungsart	

Höhe der monatlichen Kaltmiete	
Höhe der monatlichen Betriebskosten	
Höhe der monatlichen Heizkosten	
Höhe der monatlichen Miete insgesamt	

Höhe der Kautions	
--------------------------	--

Ort, Datum

Unterschrift Vermieter/in

An:
Stadt Bottrop
Sozialamt
50/2 – HzP
Berliner Platz 7
46236 Bottrop

FÜR IHRE UNTERLAGEN: Merkblatt zum SGB XII-Antrag

Einsetzen der Sozialhilfe

Ein Sozialhilfeanspruch tritt frühestens ab dem Zeitpunkt ein, zu dem Sie oder eine dritte Person dem Sozialhilfeträger Ihre Hilfebedürftigkeit bekannt gegeben haben (§ 18 Abs. 1 SGB XII). Kosten die bereits vor dem Bekanntgabezeitpunkt entstanden sind, werden aus Sozialhilfemitteln nicht übernommen. Solange und soweit Sie ab sofort noch Kosten selbst bezahlen, deren Übernahme aus Sozialhilfemitteln Sie mit diesem Antrag begehren, besteht trotz Bekanntgabe Ihres Hilfebedarfs kein Anspruch auf Erstattung dieser Zahlungen aus Sozialhilfemitteln (Selbsthilfe, § 2 Abs. 1 SGB XII). Der Einsatz privater Mittel geht im Rahmen der Selbsthilfe der Sozialhilfe vor und wird vollumfänglich auf Ihren Hilfebedarf angerechnet. Das gilt auch für den Fall, dass die zur Deckung Ihres Hilfebedarfs erforderlichen Mittel von dritten Personen gezahlt werden. Sofern Sie in einem Pflegeheim untergebracht sind oder einzuziehen beabsichtigen, haben Sie **nur dann** Anspruch auf Übernahme der Heimkosten aus Sozialhilfemitteln, wenn Sie in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen (Pflegebedarf, § 61b Abs. 1 SGB XII).

Die Heimpflegebedürftigkeit ist möglichst vor der Heimaufnahme mit dem Sozialhilfeträger abzuklären, da ansonsten eine Übernahme der Heimkosten aus Sozialhilfemitteln gegebenenfalls nicht durch den Sozialhilfeträger erfolgt.

Einkommen und Vermögen

Sie und Ihr Ehegatte/Lebenspartner oder – wenn Sie minderjährig und unverheiratet sind - Ihre Eltern sind verpflichtet, das Einkommen und Vermögen ab Beginn Ihres Hilfebedarfs in zumutbaren Rahmen zur Deckung der anfallenden Kosten einzusetzen (§19 SGB XII). Das gleiche gilt auch bei Partnern der eheähnlichen Gemeinschaft (§ 20 SGB XII). Ausgenommen vom Einkommenseinsatz sind nur solche Einkünfte, die ausdrücklich anrechenfrei sind, sowie Vermögen bis zu 10.000,00 € für Sie als Alleinstehende/n bzw. von 20.000,00 € für Sie und Ihren Ehegatten/Lebenspartner oder Partner der eheähnlichen Gemeinschaft.

Bis zur Entscheidung über diesen Antrag dürfen Sie und Ihr Ehegatte/Lebenspartner oder Partner der eheähnlichen Gemeinschaft aus Ihrem/ihrer Einkommen und Vermögen nur unabweisbar notwendige Ausgaben nach Rücksprache mit dem Sozialhilfeträger tätigen; vor allem darf kein Einkommen und Vermögen an Dritte übertragen oder verschenkt werden.

Bis zur Entscheidung über Ihren Antrag auf Übernahme der Heimkosten durch den Sozialhilfeträger sind die bis dahin eingehenden monatlichen Einkommensbezüge (z.B. Altersrente, Witwenrente, Zusatzrente, Pensionen usw.) grundsätzlich **in voller Höhe** als Einkommenseinsatz zu leisten. Im Monat der Heimaufnahme erfolgt ein anteiliger Einsatz des Einkommens. Bei Ehegatten/Lebenspartnern oder Partner der eheähnlichen Gemeinschaft erfolgt eine gesonderte Berechnung des Einkommenseinsatzes (Eigenleistungsberechnung). Falls der Sozialhilfeträger Hilfe zur Pflege gem. § 61 SGB XII gewährt, haben Sie nach § 27b Abs. 2 SGB XII einen Anspruch auf Auszahlung eines Barbetrages und einer Bekleidungs pauschale. Bezieher von Blindengeld erhalten keinen Barbetrag.

FÜR IHRE UNTERLAGEN: Merkblatt über die vorzulegenden Unterlagen

Bitte fügen Sie dem Antrag folgende Unterlagen (in Kopie) bei. Sollten Ihnen noch nicht alle Unterlagen vorliegen, können diese auch nachgereicht werden.

Allgemeine Unterlagen

- Personalausweis oder Pass mit aktuellem Aufenthaltstitel bei Ausländern/innen
- Schwerbehindertenausweis
- Bestellurkunde, wenn eine Betreuung besteht
- Vollmacht, wenn der Antrag durch Dritte gestellt wird oder jmd. Drittes Auskunft erhalten soll
- Anschriften und Geburtsdaten aller Kinder sowie Berufsbezeichnung
- Bescheid der Pflegeversicherung über den bestehenden Pflegegrad

Einkommensnachweise

- aktuelle Rentenbescheide vollständig mit allen Seiten (z.B. Renten der Deutschen Rentenversicherung, Betriebsrenten, Zusatzrenten, ausländische Renten, Riester-Renten)
- Nachweis über die Art und Höhe von Unterhaltsleistungen (z. B. Vertrag, Gerichtsbeschluss)
- sonstige aktuelle Einkommensnachweise (z. B. Arbeitslosengeld I/II, Kapitalerträge, Blindengeld, Erwerbseinkommen, Mieteinnahmen)

Vermögensnachweise

- vollständige und fortlaufende Kontoauszüge der letzten 3 Monate vor Heimaufnahme von allen bestehenden Bankkonten (z.B.: Giro-, Spar-, und Tagesgeldkonten - keine Umsatzlisten)
- liegt die Heimaufnahme länger zurück: vollständige und fortlaufende Kontoauszüge seit Heimaufnahme
- von der Bank ausgefüllte Bankbescheinigung
- Wertpapiere z.B. aktueller Depotauszug
- aktuelle Werte (Rückkaufswerte) von Lebensversicherungen, Sterbegeldversicherungen, Treuhandkontoauszug
- Bestattungsvorsorgeverträge
- Rentenversicherungen (kapitalbildende Versicherungen)
- Bausparverträge
- Nachweise über Kfz (Fahrzeugschein und Brief, Versicherungsunterlagen, Kaufvertrag und Angabe des aktuellen Kilometerstandes, Finanzierung)

Bei Wohneigentum/Immobilien (bestehend oder veräußert/übertragen)

- Nachweise über Hausgrundstücke und Eigentumswohnungen (aktueller Grundbuchauszug)
- Nachweis über Dauerwohnrecht (z.B.: Wohnrecht, Nießbrauch - auch im Ausland)
- Kaufvertrag, wenn Haus- oder Grundbesitz verkauft wurde ODER Übergabevertrag, wenn es übertragen/verschenkt wurde
- Kosten der Unterkunft: Nachweise über bestehende Verbindlichkeiten wie:
 - letzte Hausgeldabrechnung
 - Grundbesitzabgaben/Grundsteuer
 - Gebäudeversicherung
 - Schornsteinfegerrechnung
 - Wasserrechnung
 - Heizkostenabrechnung
 - Zins- und Tilgungsplan der finanzierenden Bank

Bei Eheleuten, Lebenspartnern oder Personen in eheähnlicher Gemeinschaft

- Unterlagen wie oben aufgeführt für den Partner
- Haftpflichtversicherung und Hausratversicherung für das aktuelle Beitragsjahr
- Mietbescheinigung vollständig durch den Vermieter ausgefüllt und unterschrieben ODER Kosten der Unterkunft bei Wohneigentum

FÜR IHRE UNTERLAGEN: Merkblatt über die Mitwirkungspflichten

WICHTIGE HINWEISE UND INFORMATIONEN ZU IHREN PFLICHTEN, WENN SIE LEISTUNGEN DER AMBULANTEN ODER STATIONÄREN HILFE ZUR PFLEGE IN ANSPRUCH NEHMEN.

Antragstellung

Pflegebedürftigen Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt im Inland, denen die Aufbringung der Mittel für die Pflegeleistungen aus dem eigenen Einkommen und Vermögen nicht zuzumuten ist, können Hilfe zur Pflege und Pflegegeld erhalten. Ehepartner/Lebenspartner und Personen in eheähnlicher Gemeinschaft werden mit einbezogen.

Mitwirkungs- und Mitteilungspflicht

Um Ihren Leistungsanspruch prüfen und feststellen zu können, kann auf Ihre Mitwirkung nicht verzichtet werden. Sie müssen alle Tatsachen angeben, die für die Leistung bedeutsam sind und im Antragsbogen abgefragt werden.

Darüber hinaus sind Sie verpflichtet, **unverzüglich und unaufgefordert** alle Änderungen mitzuteilen, die sich später zu den von Ihnen gemachten Angaben ergeben. Nur so können Leistungen in korrekter Höhe gezahlt oder Überzahlungen vermieden werden. Dies gilt auch, wenn Änderungen eintreten, die sich rückwirkend auf die Leistung auswirken können, z.B. die rückwirkende Bewilligung einer Rente.

Sie müssen insbesondere folgende Änderungen sofort mitteilen:

- Bei Einkommensveränderung (z.B. die Rente, Erwerbseinkommen oder Unterhaltszahlungen). Dies gilt auch für das Einkommen Ihres Ehegatten oder Lebenspartners
- sich ihr **Vermögen ändert und dabei die Vermögensfreigrenze übersteigt** (z.B. Lotteriegewinn, Erbschaft, Schenkung, Auszahlung Lebensversicherung u.ä.)
- sich ihr Familienstand ändert, z.B. durch Tod des Ehegatten, Heirat oder Scheidung
- Bei Krankenhausaufenthalten, Zimmerwechsel, Höherstufungen
- Bei Umzug in ein anderes Heim/Beendigung des Heimaufenthaltes
- Stellung eines Renten-/Erwerbsunfähigkeitsrenten- und Blindengeldantrages
- Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung
- Umzug/Adressänderung des zu Hause verbliebenen Ehegatten/Partners
- Mietkosten des zu Hause verbliebenen Ehegatten/Partners

Bitte teilen Sie **alle** Änderungen umgehend mit und achten Sie auf die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben. Die Beachtung dieser Mitwirkungspflichten liegt besonders auch in Ihrem Interesse. Sollten Sie unvollständige bzw. falsche Angaben machen oder Änderungen nicht bzw. nicht unverzüglich mitteilen, sind zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten, ggfls. ist auch die Einleitung eines Strafverfahrens wegen Betrugs möglich. **Lesen Sie hierzu auch die entsprechenden gesetzlichen Vorschriften auf der Rückseite dieses Hinweisblattes!**

FÜR IHRE UNTERLAGEN: Merkblatt über die Mitwirkungspflichten

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil – (SGB I)

Mitwirkung des Leistungsberechtigten

§ 60 Angabe von Tatsachen

- (1) Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat
 1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
 2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
 3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

Satz 1 gilt entsprechend für diejenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

- (2) Soweit für die in Abs. 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung

- (1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.
- (2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.
- (3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

Auszug aus dem Strafgesetzbuch – (StGB)

§ 263 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 Entstellung 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.

FÜR IHRE UNTERLAGEN: Merkblatt zur Datenschutzgrundverordnung

Stadt Bottrop - Der Oberbürgermeister -

Ernst-Wilczok-Platz 1, 46236 Bottrop / Telefon: (02041) 70-30 / Fax (02041) 70-3280

E-Mail: stadtverwaltung@bottrop.de / Internet: www.bottrop.de

bottrop.

Information nach Artikel 13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bei Erhebung personenbezogener Daten bei der betroffenen Person
--

Verantwortliche/r	Fachbereich: Sozialamt (50) Herr Borowiak, Amtsleiter Tel. (02041) 70-3659 E-Mail: Amt50@bottrop.de
Vertreter/in	Fachbereich: Sozialamt (50) Frau Blümling Tel. (02041) 70-4579 E-Mail: Amt50@bottrop.de
Datenschutzbeauftragter	E-Mail: datenschutz@bottrop.de
Zweck/e der Datenverarbeitung	Gewährung von Pflegegeld und Pflegewohngeld Investitionskostenzuschüsse
Wesentliche Rechtsgrundlage/n	Sozialgesetzbuch XII und Alten- und Pflegegesetz NRW und die entsprechende Durchführungsverordnung
Empfänger und Kategorien von Empfängern der Daten	Die Sozialdaten werden an die gem. § 69 Sozialgesetzbuch X für die Erfüllung sozialer Aufgaben zuständigen Stellen übermittelt
Dauer der Speicherung und Aufbewahrungsfristen	5 Jahre nach Ablauf der Berechtigung auf Hilfe zur Pflege und/oder Pflegewohngeld werden die Daten gelöscht.
Rechte der betroffenen Person	Sie haben folgende Rechte, wenn die gesetzlichen und persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind: <ul style="list-style-type: none">• Recht auf Auskunft über die verarbeiteten personenbezogenen Daten• Recht auf Akteneinsicht nach den verfahrensrechtlichen Bestimmungen• Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten• Recht auf Löschung oder Einschränkung der Datenverarbeitung• Recht auf Widerspruch gegen die Datenverarbeitung wegen besonderer Umstände• Recht auf Beschwerde an die Aufsichtsbehörde bei Datenschutzverstößen
Zuständige Aufsichtsbehörde	Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf Telefon (0211) 38424-0 / Fax (0211) 38424-10 E-Mail poststelle@ldi.nrw.de / Internet www.ldi.nrw.de