



LANDKREIS LÜNEBURG

Zurück an:
Landkreis Lüneburg
Fachdienst Senioren und Behinderte
52.16 / 52.17
Auf dem Michaeliskloster 4
21335 Lüneburg

Antrag auf Gewährung ambulanter Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII (bitte ankreuzen)

- Pflegegeld
 - häusliche Pflegehilfe (Inanspruchnahme eines Pflegedienstes)
 - Entlastungsbetrag (z. B. für Haushaltshilfe, Entlastung der Pflegeperson) *
 - Verhinderungspflege
 - teilstationäre Pflege (Tages-oder Nachtpflege)
 - Pflegehilfsmittel *
 - Maßnahme zur Verbesserung des Wohnumfeldes * Eingang _____
- (* bitte unter Nr. 12 konkret benennen)

| | |
|--|-------------------------------|
| Antragsteller (Name, Vorname, Anschrift) | Verhältnis zum Hilfesuchenden |
|--|-------------------------------|

1. Hilfesuchende Person

| | | | |
|---|-------------|----------------------|---|
| Name, Vorname (<u>auch</u> frühere Familiennamen und Geburtsnamen) | | Pflegegrad | |
| Geburtsdatum, -ort | | Staatsangehörigkeit | |
| Anschrift (Straße, Haus-Nr., Ortsteil, PLZ, Ort) | | Telefonnummer | |
| erlernter Beruf | | jetzige Tätigkeit | |
| Familienstand (Zutreffendes bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit: | | | |
| Schwerbehindertenausweis (Kopie des Ausweises beifügen) | gültig bis: | Merkzeichen (G, aG): | Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Name und Anschrift der Kranken- und Pflegeversicherung | | | pflichtversichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Steuer-Identifikationsnummer: | | | |

2. Alle Personen im Haushalt des Hilfesuchenden

| Name, Vorname, ggf. <u>auch</u> Geburtsname und frühere Familiennamen | Geburtsdatum | Familienstand | Stellung im Haushalt | Staatsangehörigkeit |
|---|--------------|---------------|----------------------|---------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

3. alle Personen außerhalb des Haushaltes des Hilfesuchenden

(Eltern, Kinder, getrennt lebende Eheleute, geschiedene Eheleute)

| Name, Vorname, ggf. auch Geburtsname und frühere Familiennamen | Geburtsdatum | Anschrift (Straße, Haus-Nr., Ortsteil, PLZ, Ort) | Verwandtschaftsverhältnis |
|--|--------------|--|---------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

b) Unterhaltspflichtige

Sofern Sie die Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen erfüllen, werden hier die Angaben zum Einkommen der Unterhaltspflichtigen (Ihre Eltern/Ihre Kinder) benötigt:

| Name, Vorname | derzeit ausgeübter Beruf | Einkommen 100.000,- €/Jahr und höher |
|---------------|--------------------------|---|
| | | <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 |

4. Einkommensverhältnisse:

Der Hilfesuchende und sein Ehe- / Lebenspartner haben folgende Einkünfte:

kein Einkommen

| Einkommensart *) | monatlich |
|------------------|-----------|
| | |
| | |
| | |

*) Einkommensarten z.B.:

Erwerbseinkommen, Altersrente, Witwenrente, Betriebsrente, Unfallrente, EU-Rente, Versorgungsbezüge, KOV-Rente, LAG-Rente, Grundsicherungsleistungen, Wohngeld, Unterhalt, Krankengeld, Einkommen aus Vermögen (Zinserträge) und sonstiges Einkommen.

Nachweise bitte beifügen!

| Mit der Erzielung der Einkünfte verbundene Ausgaben | Hilfesuchender | Ehegatte | Lfd. Buchst. aus Ziff. 2 | Lfd. Buchst. aus Ziff. 2 |
|---|---|---|---|---|
| Arbeitgeber (Name, Anschrift) | | | | |
| Verkehrsmittel | <input type="checkbox"/> Bus/Bahn mtl. Kosten: _____ € |
| Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte | <input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> Motorrad _____ € |
| einfache Entfernung | _____ km | _____ km | _____ km | _____ km |
| Sonstige mit der Erzielung der Einkünfte verbundene Aufwendungen | | | | |

5. Ansprüche an andere Sozialleistungsträger oder Personen

Folgende Leistungen sind beantragt, ohne dass bisher eine Entscheidung ergangen ist: (Zutreffendes ist anzukreuzen)

| | | | |
|---|--------------------------------------|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> keine Ansprüche | | bei (z.B. Rentenkasse, Arbeitsamt, Krankenkasse) | Antragsdatum |
| <input type="checkbox"/> Rente | <input type="checkbox"/> Krankengeld | | |
| <input type="checkbox"/> Kindergeld | <input type="checkbox"/> Sonstiges | | |
| <input type="checkbox"/> Unterhaltsansprüche gegenüber dem getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten oder Partner einer aufgehobenen Lebensgemeinschaft | | Auf Unterhalt wurde verzichtet (Nachweise beifügen). Unterhaltsanspruch bereits geltend gemacht (Nachweise beifügen). <input type="checkbox"/> Unterhaltsanspruch tituliert (vollstreckbarer Titel - bitte Urkunde beifügen) | |

6. Vermögensverhältnisse der Hilfesuchenden und der unter Ziffer 2 genannten Personen

a) Grundbesitz

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | Wenn ja, Anschrift: |
| <input type="checkbox"/> nein | Bezeichnung: |
| | Eigentümer/in: |

Fügen Sie bitte folgende Unterlagen bei:

Grundbuchauszug, Kauf- bzw. Übergabevertrag, Nachweis über Belastungen / Darlehen sowie über die monatlichen Zins- und Tilgungsleistungen

b) Schenkung

Wurde **jemals** Vermögen (z. B. Barvermögen, Grundbesitz) an andere Personen übertragen, verschenkt oder veräußert?

| | |
|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ja | ggf. Art, Datum und Gegenleistung angeben (Nachweise beifügen) |
| <input type="checkbox"/> Nein | |

c) Schuldrechtliche Ansprüche

Bestehen schuldrechtliche Ansprüche aus privatrechtlichen Verträgen (z.B. Wohnrecht, Leibrente, Nießbrauch o.a. aus Altenteils-, Übergabe- oder Kaufverträgen - Vertrag bitte beifügen)?

ja nein

d) Guthaben

Guthaben ist vorhanden

Nein Ja

| | Hilfesuchender | Ehegatte (sofern nicht getrennt lebend) | lfd. Buchstabe aus Ziff. 2. | lfd. Buchstabe aus Ziff. 2. |
|---|--------------------|--|--------------------------------|--------------------------------|
| | Kontostand zurzeit | Kontostand zurzeit | Kontostand zurzeit | Kontostand zurzeit |
| <input type="checkbox"/> Bargeld | | | | |
| <input type="checkbox"/> Girokonto | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sparkonto | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sparkonto | | | | |
| <input type="checkbox"/> Bausparvertrag | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges Guthaben | | | | |

c) Sonstiges Vermögen (z.B. Pkw, Lkw, Wertpapiere, Depots, Aktien, Kapital(Lebens)-versicherungen, Schließfächer, Schmuck; andere Sachwerte; sonstige Forderungen u. ä.)

Sonstiges Vermögen ist vorhanden: Nein Ja

| |
|----------------------|
| wenn ja, Bezeichnung |
|----------------------|

Bestehen Ansprüche aus Altenteilsvertrag? Nein Ja

Der Hilfesuchende oder die Personen in seinem Haushalt ist/sind Halter/Eigentümer des/der nachfolgenden Kraftfahrzeuge/s:

| Kfz- Kennzeichen | Fahrzeugtyp | Baujahr | Kilometerstand | Wert |
|------------------|-------------|---------|----------------|------|
| | | | | |

(Kopie des Kfz-Scheines beifügen)

7. Laufende Zahlungsverpflichtungen (Mietvertrag und Belege beifügen!)

| | | | |
|--------------|-------------------------------|--|------------------|
| Miete | Wohnfläche in m ² | Vermieter (Name, Vorname, Anschrift) | Betrag monatlich |
| | Einnahmen aus Untervermietung | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | |
| | Wohngeld beantragt? | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wohngeldnummer: | |

| | | |
|--|--|------------------|
| Versicherungen (Unzutreffendes bitte streichen!) | Kranken-/Pflegeversicherung bei Versicherungsnummer: | Betrag monatlich |
| | Lebensversicherung bei | |
| | Sterbeversicherung bei | |
| | Haftpflichtversicherung bei | |
| | Hausratversicherung bei | |
| | Sonstige: | |

| | | |
|--|--|------------------|
| besondere Belastungen: (z.B.: Schuldverpflichtungen, Unterhaltsleistungen) | | Betrag monatlich |
| | | |

8. Aufenthaltsverhältnisse des Hilfesuchenden

| | |
|--|----|
| gewöhnlicher Aufenthalt <u>vor</u> Beantragung der Hilfe | |
| Aufenthalt von - bis | in |
| Aufenthalt von - bis | in |
| bisheriger Kostenträger | |

9. Sozialhilfe bereits früher erhalten

nein ja

| | |
|---------------|-------------------------------------|
| Zeitpunkt ca. | von (Angabe des Sozialhilfeträgers) |
|---------------|-------------------------------------|

10. Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz

nein ja

Hinweis:

Ein Anspruch besteht unter anderem, wenn ein Sohn durch Ereignisse, die im Zusammenhang mit dem 2. Weltkrieg stehen, zu Tode gekommen ist.

11. Beruht die Behinderung aufgrund eines Unfalls, Impfschadens, Gewaltverbrechens, ärztlichen Behandlungsfehlers oder anderes schädigenden Ereignis?

nein ja (bitte aussagefähige Schilderung)



LANDKREIS LÜNEBURG
DER LANDRAT

Zurück an:
Landkreis Lüneburg
Fachdienst Senioren und Behinderte
52.16/52.17
Auf dem Michaeliskloster 4
21335 Lüneburg

Anlage 1 zum Antrag auf Gewährung ambulanter Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII

Erklärung

Name/n, Vorname/n der Hilfe suchenden Person und des Ehegatten

Anschrift

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Ich erkläre, dass ich und die in meinem Haushalt lebenden Personen ausschließlich bei dem umseitig aufgeführten Kreditinstitut Konten unterhalten.
Ich / Wir stimme/n zu, dass das Kreditinstitut sowie die Bausparkasse die umseitig geforderten Auskünfte vollständig erteilt.
Ich / Wir versichere/n die Wahrheit und Vollständigkeit meiner / unserer Angaben. Mir / Uns ist bekannt, dass falsche oder unvollständige Angaben eine Anzeige wegen Betruges nach sich ziehen können.
Auf meine Mitwirkungspflichten nach § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) und auf die Folgen fehlender Mitwirkung nach § 66 SGB I wurde/n ich / wir hingewiesen.

Ort, Datum

Unterschrift der Hilfe suchenden Person und der im Haushalt lebenden Personen

- Ich erkläre, dass nur bei dem umseitig aufgeführten Kreditinstitut Konten von meiner/m Betreuten bzw. meiner/s Vollmachtgebers/in unterhalten werden. Ich stimme zu, dass das Kreditinstitut sowie die Bausparkasse die umseitig geforderten Auskünfte vollständig erteilt.
Ich versichere die Wahrheit und Vollständigkeit meiner Angaben. Mir ist bekannt, dass falsche oder unvollständige Angaben eine Anzeige wegen Betruges nach sich ziehen können.
Auf meine Mitwirkungspflichten nach § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) und auf die Folgen fehlender Mitwirkung nach § 66 SGB I wurde ich hingewiesen.

Ort, Datum

Unterschrift des/r Betreuers/in bzw. des/r Bevollmächtigten



Der / Die umseitig Genannte/n ist / sind Inhaber nachfolgender Konten:

| | Kontostand vor 3 Monaten | Kontostand vor 6 Monaten | Kontostand vor 9 Monaten |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Girokonto IBAN/BIC | | | |
| 2. Girokonto IBAN/BIC | | | |
| 3. Tages- oder Termingeldkonto IBAN/BIC | | | |
| 4. Sparkonto Nr. | | | |
| 5. Sparkonto Nr. | | | |
| 6. Sparkassenbrief- bzw. Sparkapitalbriefkonto Nr. | | | |
| 7. Darlehenskonto Nr. | | | |
| 8. Wertpapier-Depot Nr.: bei (Name des Verbundpartners): | | | |
| 9. Wertpapier-Depot Nr.: bei (Name des Verbundpartners): | | | |
| 10. Bausparvertrag Nr.: bei (Name der Bausparkasse): | | | |
| 11. Schließfach/-fächer Nr.: | | | |
| 12. andere Konten analog zu Nr. 1 bis 11 (z. B. Ehegatte, minderjährige Kinder) Bezeichnung und IBAN | | | |
| 13. Darüber hinaus hat der / die oben Genannte eine Verfügungsberechtigung über folgende weitere Konten und Depots: | | | |

Vom Kreditinstitut auszufüllen:

Wir bestätigen die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben genannten Angaben für unser Kreditinstitut.

Ort, Datum

Unterschrift



LANDKREIS LÜNEBURG
DER LANDRAT

Zurück an:
Landkreis Lüneburg
Fachdienst Senioren und Behinderte
52.16 / 52.17
Auf dem Michaeliskloster 4
21335 Lüneburg

Anlage 3 zum Antrag auf Gewährung ambulanter Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Haben Sie in der Vergangenheit ein Grundstück oder andere Vermögenswerte
verkauft oder übertragen?

ja

nein

Haben Sie in den letzten 10 Jahren Barvermögen verschenkt?

ja

nein

Sind Sie im Besitz eines Schwerbehindertenausweises?

ja

nein

Ausweisnummer

Grad der Behinderung

Ausgestellt von

Ausstellungsdatum

Wie lange waren Sie versicherungspflichtig beschäftigt?

Jahre

Monate

Wie lange war Ihr Ehepartner / Lebensgefährte versicherungspflichtig
beschäftigt?

Jahre

Monate

Wie viele Kinder haben Sie erzogen?

Anzahl

Ort, Datum

Unterschrift



LANDKREIS LÜNEBURG

MERKBLATT

Fachdienst Senioren und Behinderte
Informiert über:

Für weitere Informationen

52 Senioren und Behinderte

Telefon
04131 26 - 1316 und
04131 26 - 1769

SOZIALHILFE

| | |
|--|--|
| (1) Selbsthilfe und Nachrang der Sozialhilfe | <p>Nur wer sich selbst nicht helfen kann oder Hilfe nicht von anderen (z.B. Angehörigen / Unterhalt) bekommt, auch nicht von anderen Sozialleistungsträgern (z.B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Familienkasse, Jugendamt, Rentenversicherung, Wohngeld) kann Sozialhilfe beantragen.</p> <p>Wer sich selbst helfen kann, dies aber unterlässt, obwohl es ihm zuzumuten ist, hat keinen Anspruch auf Sozialhilfe.</p> |
| (2) Mitteilungs- und Mitwirkungspflichten | <p>Veränderungen Ihrer persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse müssen Sie dem Fachdienst Senioren und Behinderte unverzüglich mitteilen (siehe Rückseite), z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none">- Antrag auf Änderung der Pflegestufe- Kündigung, Lohnerhöhung- Arbeitsaufnahme- Vermögen (z.B. Erbschaft, Lottogewinn, Schenkung)- Unterhalt / Unterstützung von Dritten- Erhalt oder Beantragung von Sozialleistungen (z.B. Renten, Wohngeld, Grundsicherungsleistungen sowie Veränderungen der Leistungshöhe)- Krankenhaus- oder Kuraufenthalte- Veränderungen im persönlichen Bereich. <p>Andere Behörden und Dienststellen (z.B. Agentur für Arbeit, Krankenkasse, Rententräger, usw.) unterrichten den Fachdienst Senioren und Behinderte nicht über den Beginn, das Ende oder Veränderungen einer Leistungsgewährung.</p> |
| (3) Heim- und Wohnungswechsel | <p><u>Jeder</u> Wechsel ist mit dem Fachdienst Senioren und Behinderte vorher abzusprechen.</p> |
| (4) Zusammenarbeit mit dem Fachdienst Senioren und Behinderte | <p>Der Fachdienst Senioren und Behinderte kann eine Leistung für einen notwendigen Bedarf nur bewilligen, wenn vor der Anschaffung ein entsprechender Antrag gestellt wurde. Bitte beachten Sie hierbei, dass der zuständige Sachbearbeiter / die zuständige Sachbearbeiterin eine angemessene Bearbeitungszeit für diesen Antrag benötigt. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Ihren Sachbearbeiter / Ihre Sachbearbeiterin. Geplante oder eingetretene Veränderungen besprechen Sie bitte umgehend mit dem Fachdienst Senioren und Behinderte. Das erspart unnötige Arbeit und unnötigen Ärger und hilft somit auch in Ihrem Interesse bei der zügigen Bearbeitung.</p> |

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I)

Dritter Teil: **Mitwirkung des Leistungsberechtigten**

§ 60 Angabe von Tatsachen

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträger 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 Leistungsträger Beweisurkunden vorzulegen oder Ihrer Vorlage zuzustimmen.

(Satz 1 gilt entsprechend für Denjenigen, der Leistungen zu erstatten hat.)

§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung

- (1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt hat oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 SGB I **nicht nach** und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlung **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 Sachverhaltes erheblich erschwert.

Auszug aus dem Strafgesetzbuch (StGB)

21. Abschnitt

§ 263

- (5) 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.
- (6) Der Versuch ist strafbar.



LANDKREIS LÜNEBURG
DER LANDRAT

Anlage zum Antrag auf ambulante Hilfe zur Pflege – 52.16 / 52.17

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Für die Entscheidung über die beantragte Leistung ist ggf. die Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme zur Klärung der Anspruchsvoraussetzungen erforderlich. Hierfür ist es auch erforderlich, dass der Fachdienst Gesundheit des Landkreis Lüneburg bereits vorhandene Unterlagen, die der Klärung der Anspruchsvoraussetzungen im Rahmen der ambulanten Hilfe zur Pflege erforderlich sind, von Dritten einholt. Die Datenerhebung erfolgt auf Grundlage des § 67a SGB X. Nach § 60 SGB I ist der Antragsteller verpflichtet, alle für die Leistungsgewährung notwendigen Tatsachen anzugeben und erforderlichen Auskünften von Dritten zuzustimmen. Bei fehlender Mitwirkung kann die beantragte Leistungsgewährung gemäß § 66 SGB I versagt werden.

Schweigepflichtentbindung

Bei Begutachtung durch den Fachdienst Gesundheit des Landkreis Lüneburg entbinde ich die nachfolgend aufgeführten Ärzte / Institutionen etc. gegenüber den Mitarbeitern des / Fachdienstes Gesundheit des Landkreises Lüneburg von ihrer Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass die dort vorhandenen Unterlagen in Form von Gutachten, Arztberichten, Befunden oder ähnlichem, die zur Klärung der Anspruchsvoraussetzungen im Rahmen der ambulanten Hilfe zur Pflege dienlich sind, zum Zwecke der Gutachtenerstattung an den Fachdienst Gesundheit übermittelt werden dürfen. Die Schweigepflichtentbindung gilt für die Dauer der Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen durch den Fachdienst Gesundheit und auch während der Dauer der bewilligten Leistung, soweit hierbei eine erneute Feststellung der Leistungsvoraussetzungen erforderlich wird oder bis ich diese Erklärung widerrufe.

Bitte Tabelle ausfüllen!

| |
|---|
| Kliniken und Ärzte - insbesondere Haus- / Kinderarzt (Anschriften): |
| Pflegedienste, Institutionen (z. B. Beratungsstellen): |
| sonstige Behandelnde (Anschriften): |

Datum

Unterschrift

Nach der Erstellung der gutachterlichen Stellungnahme erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass diese vom Fachdienst Gesundheit auch an den über die Leistungsgewährung entscheidenden Fachdienst Landkreis Lüneburg übermittelt wird. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Datum

Unterschrift



LANDKREIS LÜNEBURG

Ergänzende Informationen des Fachdienstes Senioren und Behinderte zum Antrag auf Gewährung ambulanter Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII

Bitte fügen Sie dem Antrag auf Übernahme der ungedeckten Kosten für Leistungen der ambulanten Hilfe zur Pflege zusätzlich folgende Unterlagen bei:

1. MDK-Gutachten

Es handelt sich um das Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI), welches die Pflegegradeinstufung feststellt. Nur bei festgestellter Pflegebedürftigkeit besteht ein Anspruch auf Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII.

2. Bescheid der Pflegekasse über die von dort bewilligten Leistungen

3. ggf. aktuelle Arztberichte und Befunde

4a. bei Anträgen für häuslicher Pflegehilfe, Entlastungsbetrag, Verhinderungspflege oder teilstationäre Pflege (Tages- oder Nachtpflege)

- Kostenvoranschlag des jeweiligen Pflegedienstes (bzw. bei Entlastungsleistungen eines nach § 45a SGB XI anerkannten Anbieters von Leistungen zur Unterstützung im Alltag)
- eine Kopie des Pflegevertrages

4b. bei ambulant betreutem Wohnen zusätzlich eine Kopie des Mietvertrages

4c. bei Pflegehilfsmitteln:

- Kostenzusage der Pflegekasse
- mindestens drei Kostenvoranschläge

4d. bei Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes:

- Kostenzusage der Pflegekasse
- Einverständniserklärung des Eigentümers (Vordruck kann übersandt werden)
- Fotos des aktuellen Zustandes
- mindestens drei Kostenvoranschläge

5. lückenlose Kopien der Kontoauszüge der letzten 3 Monate sowie ggf. Kopien vorhandener Sparbücher der letzten 12 Monate

6. Nachweise über Versicherungen (s. Nr. 7 des Antrages)

Bei vorhandenen Lebens-/Sterbe- und/oder Kapitalversicherungen ist eine schriftliche Bestätigung der Versicherung über den aktuellen Rückkaufswert sowie eine Kopie des Versicherungsscheines beizufügen. Die Vorlage von Kontoauszügen, aus denen die Zahlungen hervorgehen, ist nicht ausreichend!

7. Vollmacht bzw. Betreuerausweis in Kopie

8. Schwerbehindertenausweis in Kopie

Bei Fragen zum Antrag wenden Sie sich bitte an Tel: 04131 - 26-1316 oder 26-1769