

Hinweis:

Falls eine einzelne volljährige Person eine getrennte Erfassung ihrer Daten wünscht, können die Daten in einem weiteren Antrag auf Sozialleistung (hier: Pflegegeld) eingetragen werden. Die Richtigkeit der Angaben ist durch Unterschrift der jeweiligen Person oder ihres gesetzlichen Vertreters auf der letzten Seite zu bestätigen. Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67 a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 (Obliegenheit) Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Sozialleistung ganz oder teilweise versagt werden.

Um sachgerecht über Ihren Antrag auf Sozialleistung entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen. Bitte vergessen Sie nicht, den Antrag auf Seite 4 zu unterschreiben. Nachweise und Belege sind in diesem Antrag auf Verlangen vorzulegen oder es ist ihrer Vorlage zuzustimmen. Originalunterlagen erhalten Sie zurück.

Persönliche Verhältnisse und Zugehörigkeit zu bestimmten Personengruppen	Pflegegeld				← Art der beantragten Hilfe	
	PZ 1		PZ 2		PZ 3	← Personenziffer
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Heimbewohner/in (HS)	<input type="checkbox"/> Vater bei unverheirateten Minderjährigen <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in)		<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> _____ (Art der Beziehung zum HS)			
Familienname, auch Geburtsname, Vorname						
Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort Telefon (freiwillig)						
Geburtsdatum Geburtsort und -Kreis						
Familienstand	seit		seit		seit	
Staatsangehörigkeit, bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status						
Vormund / Betreuer (Kopie der Bestellungsurkunde beifügen)						
Anschrift Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort Telefon (freiwillig)						
Schwerbehindertenausweis (Ausweiskopie beifügen)	Datum	Grad der Behinderung %	Datum	Grad der Behinderung %	Datum	Grad der Behinderung %
	Antrag gestellt ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Antrag gestellt ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Antrag gestellt ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bei geschiedenen oder getrennt lebenden Ehegatten	Urteil o.ä. vom	- Gericht in			Geschäftszeichen	

Weitere minderjährige Personen im Haushalt des außerhalb des Heimes lebenden Ehegatten

Persönliche Verhältnisse	PZ 4		PZ 5		PZ 6	← Personenziffer
	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
Familienname, auch Geburtsname, Vorname						
Geburtsdatum Geburtsort und -Kreis						
Familienstand	seit		seit		seit	
Persönliche Stellung zum Hilfesuchenden						
Staatsangehörigkeit, bei Ausländern aufenthaltsrechtlicher Status						
<i>bei 15 – 18 -Jährigen:</i> Schulabschluss, Berufsabschluss, ausgeübte Tätigkeit						
Falls arbeitslos, seit wann?						

I. Volljährige Personen im Haushalt des außerhalb des Heimes lebenden Ehegatten (soweit nicht auf Seite 1 aufgeführt)

Familiename, Vorname	Geburtsdatum	Persönliche Stellung zum Hilfesuchenden	Bestreitet den Lebensunterhalt selber	
			<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

II. Aufenthaltsverhältnisse

Zugezogen am <input type="checkbox"/> alle Personen <input type="checkbox"/> PZ _____	Zuzug einzelner Personen PZ _____ am _____ PZ _____ am _____		
Wurde bereits Pflegegeld geleistet? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, vom Sozialamt in	bis		
Aufenthalt in den letzten 2 Monaten vor der Beantragung der Hilfe (ggf. Aufenthalt in einer Einrichtung, z.B. Krankenhaus, Heim, Justizvollzugsanstalt)			
von – bis	In (Zeiten, Orte ggf. mit Kreiszugehörigkeit, lückenlos angeben)	Stationäre Einrichtung	Übergangseinrichtung
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kostenträger des letzten Aufenthaltes in einer Einrichtung		Falls bereits aus der Einrichtung entlassen, Tag der Entlassung →	

**III. Sind Angehörige durch Kriegereignisse gefallen, vermisst bzw. verstorben oder in Ausübung des Wehr-/Zivildienstes, durch Gewalttaten, durch Impfschäden geschädigt bzw. verstorben?
Sind Angehörige von rechtsstaatswidrigen Entscheidungen der ehemaligen DDR betroffen?**

Familiename, Vorname, Geburtsdatum, Verwandtschaftsverhältnis, letzter Familienstand
--

IV. Kranken-/Pflegeversicherung des Heimbewohners und seiner außerhalb des Heimes lebenden Angehörigen

PZ	Leistungsträger usw. (genaue Anschrift) Versicherungsnummer	Art der Versicherung pflichtversichert freiwillig versichert privat versichert	Mitgliedschaft bestand / besteht von	bis (falls Enddatum bekannt)

V. Einkommen

Kein Einkommen <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="display: flex; gap: 10px;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> ← </div>	Hier sind die Personenziffern (PZ) einzutragen, die kein Einkommen haben Nachfolgend bitte die einzelnen Einkommen eintragen, und zwar bezogen auf jede Person (PZ)					
	Hilfesuchende(r)	Weitere Personen		Hilfesuchende(r)	Weitere Personen	
		PZ			PZ	
Nichtselbständige Tätigkeit (Nettoerwerbseinkommen, Aus- bildungsvergütung)			Leistungen nach dem Lasten- ausgleichsgesetz (z.B. Unter- haltshilfe, Pflegegeld, Entschä- digungsrente)			
Krankengeld (einschl. Arbeitgeberzuschuss)			Leistungen des Arbeitsamtes (z.B. Arbeitslosengeld, Arbeits- losenhilfe, Eingliederungshilfe, Berufsausbildungsbeihilfe u.a.)			
Land- und Forstwirtschaft			Leistungen nach dem Wohngeldgesetz (Miet-/Lastenzuschuss)			
Gewerbebetrieb			Leistungen für Kinder (z.B. Kindergeld, Erziehungs- geld, Leistungen nach dem Unterhaltsvorschussgesetz)			
Sonstige selbständige Tätigkeit			Ausbildungsförderung			
Kapitalvermögen			Unterhaltsbeiträge			
Vermietung und Verpachtung (siehe Rentabilitätsberechnung)			Leistungen nach dem Blinden- und Gehörlosengesetz			
Renten / Pensionen (z.B. Rente wg. Erwerbsmin- derung, Altersruhegeld, Unfall- rente, Landwirtschaftliches Al- tersgeld, Witwen- oder Wai- senrente, Erziehungsrente, Kinderzuschuss/ -zulage, Pflegegeld zur Rente, Werks- rente, Kindererziehungs- leistung, Sonstige Renten / Pensionen)			Leistungen der Pflegekasse			
Leistungen der Grundsicherung			Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z.B. Beköstigung, Wohnrecht, Taschengeld), Pflegegeld			
Leistungen nach dem Bundesver- sorgungsgesetz (z.B. Grundrente, Elternrente)			Steuererstattung			
			Sonstige Einkünfte			

VI. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge und besondere finanziellen Belastungen

Absetzbare Beträge	Hilfesuchende(r)	Weitere Person	Absetzbare Beträge	Hilfesuchende(r)	Weitere Person
		PZ			PZ
Hausratversicherung			PKW-Haftpflichtversicherung		
Krankenversicherung			Aufwendungen für Arbeitsmittel		
Pflegeversicherung			Beiträge für Berufsverbände		
Rentenversicherung			Mehraufwendungen für doppel- te Haushaltsführung		
Unfallversicherung			Fahrtkosten zur Arbeitsstelle - mit öffentlichen Verkehrsmitteln		
Sterbeversicherung			- mit PKW		
Lebensversicherung			- mit Kleinst-PKW		
Haftpflichtversicherung			- mit Motorrad		
Berufsunfähigkeitsversicherung			- mit Mofa		
Ausbildungsverversicherung			Sonstige absetzbare Beträge		
Rechtsschutzversicherung					
PZ	Ggf. Begründung der Notwendigkeit, insbesondere bei Fahrtkosten (Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstätte) und sonstigen absetzbaren Beträgen)				

VII. Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen

Kein Vermögen <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="display: flex; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div> <div style="font-size: 2em; margin-left: 10px;">←</div> </div>	Hier sind die Personenziffern (PZ) einzutragen, bei denen kein Bargeld, Guthaben oder sonstiges Vermögen vorhanden ist. Nachfolgend bitte die Angaben der Personen eintragen, und zwar bezogen auf jede Person (PZ)																																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 10%;">Hilfesuchende(r)</th> <th style="width: 10%;">Weitere Personen PZ</th> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 10%;">Hilfesuchende(r)</th> <th style="width: 10%;">Weitere Personen PZ</th> </tr> <tr> <td>Bargeld</td> <td></td> <td></td> <td>Hauseigentum</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bank-/Sparguthaben (einschl. Vermögenswirksame Leistungen)</td> <td></td> <td></td> <td>Sonstiger Grundbesitz</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Wertpapiere</td> <td></td> <td></td> <td>Kraftfahrzeug(e)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Forderungen</td> <td></td> <td></td> <td>Sonstiges Vermögen</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lebensversicherungen (Rückkaufwert)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Hilfesuchende(r)	Weitere Personen PZ		Hilfesuchende(r)	Weitere Personen PZ	Bargeld			Hauseigentum			Bank-/Sparguthaben (einschl. Vermögenswirksame Leistungen)			Sonstiger Grundbesitz			Wertpapiere			Kraftfahrzeug(e)			Forderungen			Sonstiges Vermögen			Lebensversicherungen (Rückkaufwert)						Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Eintritt der Bedürftigkeit auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Nachweise beifügen) Wenn nein, hat eine Übertragung vor mehr als 10 Jahren stattgefunden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Nachweise beifügen)
	Hilfesuchende(r)	Weitere Personen PZ		Hilfesuchende(r)	Weitere Personen PZ																																
Bargeld			Hauseigentum																																		
Bank-/Sparguthaben (einschl. Vermögenswirksame Leistungen)			Sonstiger Grundbesitz																																		
Wertpapiere			Kraftfahrzeug(e)																																		
Forderungen			Sonstiges Vermögen																																		
Lebensversicherungen (Rückkaufwert)																																					
Bei vertraglich vereinbarten Wohnrechten werden Angaben zu den Wohnrechtsräumen benötigt (Baujahr des Hauses, Größe der Wohnrechtsräume in qm, Lageplan)																																					

VIII. Kosten der Unterkunft des außerhalb des Heimes lebenden Ehegatten (bei Haus-/Wohnungseigentum siehe Rentabilitätsberechnung)

Kaltmiete	Nebenkosten, soweit nicht in der Miete enthalten <input type="checkbox"/> z.B. Flurbeleuchtung, Fahrstuhl, Wassergeld, Treppenhausreinigung	Gesamt-Kosten der Unterkunft (monatlicher Betrag)
Wohnungsgröße Gesamt – qm	Anzahl der Räume davon untervermietet → leer	Wohngeld Miet-/Lastenzuschuss bewilligt bis monatlicher Betrag
Vermieter (Name und Anschrift, Geschäftszeichen)		
Heizungsart Zentral- <input type="checkbox"/> heizung Einzel- <input type="checkbox"/> öfen	Energieart Kohle <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Nachtstrom <input type="checkbox"/> Haushaltsstrom <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/>	Darin Kochfeuerung enthalten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Heizungspauschale (soweit nicht in der Miete untrennbar bzw. in den Hauslasten enthalten) (monatlicher Betrag)	<input type="checkbox"/> ohne Warmwasserbereitstellung	<input type="checkbox"/> Mit Warmwasserbereitstellung zu zahlen an (auch Kundennummer)
Mieter der Wohnung	Zahl der Personen im Haushalt (falls abweichend von Personenzahl auf S. 1)	In den letzten 24 Monaten verstorbene Haushaltsangehörige (Name, Vorname, Sterbedatum)

IX. Mögliche Ansprüche bzw. beantragte Leistungen

Rentenversicherung Krankenversicherung Pflegeversicherung Unfallversicherung Lebens- und Sterbeversicherung Leistungen des Arbeitsamtes (z. B. Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe)	Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) (z.B. Leistungen der Kriegsopferfürsorge, Leistungen für Impfgeschädigte, für Opfer von Gewalttaten) Ansprüche auf Sachleistungen (z.B. Altenteil, Wohnung, Beköstigung, Pflege, Deputate)	Sonstige Ansprüche (z.B. Kindergeld, Unterhaltsvorschuss, Grund-sicherung, Erbansprüche, Schadensersatzan-sprüche, Versorgungs-/Zugewinnausgleich, Bei-hilfensanspruch, Lohnforderung, Unterhaltssiche-rung, Lastenausgleichsleistungen, Entschädi-gungsrente, Häftlingshilfe)																																						
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 5%;">PZ</th> <th style="width: 10%;">Ifd. Nr.</th> <th style="width: 45%;">Versicherungs-/Leistungsträger bzw. Schuldner usw. (genaue Anschrift) Renten- oder Aktenzeichen</th> <th style="width: 40%;">Bemerkungen z.B. Art des Anspruchs (s. oben), Versicherungssumme, Fälligkeitstag, Versichertenzeiten</th> <th style="width: 10%;">Leistung beantragt am</th> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	PZ	Ifd. Nr.	Versicherungs-/Leistungsträger bzw. Schuldner usw. (genaue Anschrift) Renten- oder Aktenzeichen	Bemerkungen z.B. Art des Anspruchs (s. oben), Versicherungssumme, Fälligkeitstag, Versichertenzeiten	Leistung beantragt am		1					2					3				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;">PZ</th> <th style="width: 10%;">Zu Ifd. Nr.</th> <th style="width: 10%;">Abgelehnt am</th> <th style="width: 40%;">Falls Widerspruch/Klage Datum, Geschäftszeichen</th> <th style="width: 10%;">PZ</th> <th style="width: 10%;">Zu Ifd. Nr.</th> <th style="width: 10%;">Abgelehnt am</th> <th style="width: 40%;">Falls Widerspruch/Klage Datum, Geschäftszeichen</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				PZ	Zu Ifd. Nr.	Abgelehnt am	Falls Widerspruch/Klage Datum, Geschäftszeichen	PZ	Zu Ifd. Nr.	Abgelehnt am	Falls Widerspruch/Klage Datum, Geschäftszeichen								
PZ	Ifd. Nr.	Versicherungs-/Leistungsträger bzw. Schuldner usw. (genaue Anschrift) Renten- oder Aktenzeichen	Bemerkungen z.B. Art des Anspruchs (s. oben), Versicherungssumme, Fälligkeitstag, Versichertenzeiten	Leistung beantragt am																																				
	1																																							
	2																																							
	3																																							
PZ	Zu Ifd. Nr.	Abgelehnt am	Falls Widerspruch/Klage Datum, Geschäftszeichen	PZ	Zu Ifd. Nr.	Abgelehnt am	Falls Widerspruch/Klage Datum, Geschäftszeichen																																	

X. Besondere finanzielle Belastungen (ggf. auf gesonderter Seite fortsetzen)

Datum	Unterschrift (Heimbewohner)	Unterschrift (BetreuerIn / Bevollmächtigte)	Unterschrift PZ (Ehegatte / Angehöriger)
-------	-----------------------------	---	--