Kreisverwaltung Donnersbergkreis
- Sozialamt -
Uhlandstraße 2
67292 Kirchheimbolanden
Mantelbogen

In der Pfalz ganz oben
Donnersbergkreis

Sozialhilfe-Antrag

Hinweis: Wer Leistungen der Sozialhilfe beantragt, muss bei der Feststellung der Anspuchsvoraussetzungen mitwirken (vgl. §§ 60 ff. SGB XII). Hierzu dienen der vorliegende Mantelbogen und die dazugehörigen Anlagen. **Alle von Ihnen gemachten Angaben sind mit entsprechenden Nachweisen zu belegen**. Alle Nachweise sind in Kopie beizulegen. **Der Antrag ist vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen**. Wir weisen darauf hin, dass Sie wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden können (§ 263 Strafgesetzbuch – Betrug –). **Eine Bearbeitung des Antrages erfolgt erst nach Vorlage der vollständigen Unterlagen und Nachweise.** Die benötigten Nachweise können Sie den jeweiligen Anlagen, insbesondere der Anlage 8 „Nachweise und Hinweise“ entnehmen.

Die Datenerhebung erfolgt nach § 67 a SGB X, die Datenverarbeitung nach § 67b SGB X. Der Speicherung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen stimmen Sie mit Ihrer Unterschrift ausdrücklich zu.

☐ **Hilfe zur Pflege** (ggf. i. V. m. **Grundsicherung** und **Hilfe zum Lebensunterhalt**) ☐ **Hilfe in anderen Lebenslagen, und zwar** _____	**Eingangsvermerk**
Die Hilfe soll erbracht werden als: ☐ **Ambulante Leistung** (häuslicher Bereich) ☐ **Teilstationäre Leistung** (Tages- / Nachtpflege) ☐ **Kurzzeit-/Verhinderungspflege** (kurzzeitige Heimunterbringung) ☐ **Stationäre Leistung** (dauerhafte Heimunterbringung)	
Name/ Anschrift Pflegedienst (ambulant)/ **Einrichtung** (stationär):	**Aufnahmetag** (voraussichtlich)

Hinweis: Nachfolgend bitte **unzutreffendes streichen.** Dies gilt auch für alle **Anlagen**!

1. Persönliche Verhältnisse des Personenkreises nach § 19 SGB XII

	Nachfragende Person (NP)	Ehegatte, Lebenspartner, Sonstige (Soweit nicht getrennt lebend)
Familienname		
Vorname		
Geburtsname		
Geschlecht	☐ m ☐ w ☐ d	☐ m ☐ w ☐ d
Geburtsdatum		
Geburtsort und – kreis		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort (letzter g.A.)		
Familienstand		
Telefon		
Mail		
Staatsangehörigkeit		
Aufenthaltsrechtlicher Status		

Hinweis: Bitte ergänzend hierzu die **Anlagen 1, 2 und 3** ausfüllen und unterschreiben!

2. Kinder

Familienname				
Vorname				
Geburtsname				
Geschlecht	☐ m ☐ w ☐ d	☐ m ☐ w ☐ d	☐ m ☐ w ☐ d	☐ m ☐ w ☐ d
Geburtsdatum				
Geburtsort und – kreis				
Adresse				
Verwandtschaftsverhältnis zur nachfragenden Person				
Familienstand				
Zahl der minderjährigen Kinder				
Ausgeübte Tätigkeit				
Name und Anschrift des Arbeitgebers				

3. Zum Haushalt der nachfragenden Person gehörende Personen/ Angehörige (falls zutreffend)

Familienname				
Vorname				
Geschlecht	☐ m ☐ w ☐ d	☐ m ☐ w ☐ d	☐ m ☐ w ☐ d	☐ m ☐ w ☐ d
Geburtsdatum				
Persönliche Stellung zur nachfragenden Person				
Ausgeübte Tätigkeit				

4. Pflegerischer Bedarf

	Nachfragende Person (NP)	Ehegatte, Lebenspartner, Sonstige (Soweit nicht getrennt lebend)
Betreuung/ Vollmacht Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer und Mailadresse des Betreuers/ der bevollmächtigten Person	☐ Ja ☐Nein	☐ Ja ☐Nein
Pflegegrad **Hinweis:** Ein Anspruch auf Leistungen der Hilfe zur Pflege besteht erst ab dem Vorliegen des PG 2! Leistungszuschlag der Pflegekasse	☐ PG 1 ☐PG 2 ☐ PG 3 ☐ PG 4 ☐PG 5 ☐ Höherstufung beantragt ☐5 % ☐25 % ☐ 45 % ☐ 70 %	☐ PG 1 ☐PG 2 ☐ PG 3 ☐ PG 4 ☐PG 5 ☐ Höherstufung beantragt ☐5 % ☐25 % ☐ 45 % ☐ 70 %
Schwerbehindertenausweis vorhanden beantragt	☐ Ja ☐Nein Grad: Merkzeichen: ☐ Ja ☐Nein	☐ Ja ☐Nein Grad: Merkzeichen: ☐ Ja ☐Nein

Hinweis: Bitte ergänzend hierzu die **Anlage 4** ausfüllen und unterschreiben!

5. Wohnsituation/ Aufenthaltsverhältnis (in den letzten 3 Monaten vor der Heimaufnahme)

Bitte ankreuzen und Adresse ergänzen
☐ Miete
☐ Grundeigentum
☐ Wohnrecht
☐ Nießbrauch
☐ Sonstiges

Hinweis: Bitte ergänzend hierzu die **Anlage 5** ausfüllen und unterschreiben!

6. Wirtschaftliche Verhältnisse des Personenkreises nach § 19 SGB XII

Im Rahmen der Beantragung von Sozialhilfeleistungen sind die Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Personenkreises nach § 19 SGB XII zu überprüfen.

Bitte beachten Sie, dass alle anrechenbaren Einkünfte (Renten, Pachteinnahmen, etc.) ab Beginn der vollstationären Heimunterbringung direkt an die jeweilige Einrichtung abzuführen sind. Bei Ehegatten und/oder vorhandenem Grundeigentum bzw. sonstigen beantragten Leistungen werden die anrechenbaren Einkünfte und somit das einzusetzende Einkommen unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Belastungen (Anlage 5) gesondert ermittelt und berechnet. Grundsätzlich ist auch das gesamte vorhandene Vermögen zur Deckung der Pflegekosten einzusetzen (Nachrang der Sozialhilfe!). Ausgenommen vom Vermögenseinsatz ist ein angemessenes, selbst genutztes Wohneigentum im Rahmen einer Bedarfsgemeinschaft und ein sogenannter kleinerer Barbetrag in Höhe von 5.000,00 € plus weiteren 5.000,00 € für den Ehe- oder Lebenspartner. Der Einsatz des sonstigen vorhandenen Vermögens wird individuell geprüft und berechnet. Bei vorhandenem und nicht geschütztem Grundeigentum können Leistungen grundsätzlich nur darlehensweise gewährt werden.

Hinweis: Bitte hierzu die **Anlage 6** ausfüllen und unterschreiben!

7. Ansprüche des Personenkreises nach § 19 SGB XII

	Nachfragende Person (NP)	Ehegatte, Lebenspartner, Sonstige (Soweit nicht getrennt lebend)
Kranken-/Pflegeversicherung Name der Kasse Versicherungsnummer	☐ gesetzlich ☐ privat ☐ sonstiges	☐ gesetzlich ☐ privat ☐ sonstiges
Unfallversicherung Name der Versicherung Versicherungsnummer		
Rentenversicherung Versicherungsnummer		
Ausländische Rentenversicherung Versicherungsnummer		
Private Versicherungen Name der Versicherung Versicherungsnummer		
Vertragliche Ansprüche z.B. Pflegeverpflichtung, Erbvertrag, etc.		
Schadensersatzansprüche z.B. durch Unfall, Fremdverschulden, etc.		
Sonstiges z.B. Beihilfe im öffentlichen Dienst, etc.		

Hinweis: Bitte ergänzend hierzu die **Anlage 7** ausfüllen und unterschreiben!

8. Bankverbindung

Kontoinhaber		
Bank	Bankleitzahl	Kontonummer

Hinweis: Bitte abschließend die **Anlage 8** lesen und überprüfen ob alle Angaben vollständig gemacht wurden und alle benötigten Nachweise beiliegen!

9. Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit aller gemachten Angaben.

_____
Ort, Datum

_____ _____
Unterschrift (Betreuer/Bevollmächtigter) Unterschrift (nachfragende Person)