Amt für soziale Förderung und Teilhabe
50.4 Pflege und Teilhabe
Barbarossastraße 16-24
63571 Gelnhausen

Antrag eingegangen am: _____

Antrag auf Weiterbewilligung der Leistungen nach dem SGB XII

ab _____

sowie Überprüfung Ihrer wirtschaftlichen und persönlichen Verhältnisse

☐ Ambulante Hilfe zur Pflege gem. SGB XII, Kapitel 7

☐ Hauswirtschaftliche Versorgung gem. § 70 SGB XII, Kapitel 9

Bitte beantworten Sie alle Fragen. Streichen oder offene Fragen führen zu einer verzögerten Antragsbearbeitung.

Aktenzeichen: _____

1. Allgemeines

Angaben zur Person	der/des Hilfesuchenden	des Ehegatten oder des Lebensgefährten (auch wenn getrennt lebend, geschieden oder verstorben)
Familienname:		
Vorname(n):		
Geburtsdatum:		
Straße und Hausnummer:		
Postleitzahl, Wohnort:		
Telefonnummer, auch mobil, ggf. Fax und E-Mail:		

Angaben zur Person	der/des Hilfesuchenden	des Ehegatten oder des Lebensgefährten (auch wenn getrennt lebend, geschieden oder verstorben)
Aufenthaltsgenehmigung: (Bitte aktuelle Kopie beifügen)	_____	_____
2. Gibt es Veränderungen bei der Feststellung einer Schwerbehinderung?		
Bitte fügen Sie den Feststellungsbescheid bzw. Schwerbehindertenausweis bei.	☐ Nein ☐ Ja Grad der Behinderung: _____ Merkzeichen:_____	☐ Nein ☐ Ja Grad der Behinderung: _____ Merkzeichen:_____
3. Gibt es Veränderungen in Ihrem Kranken- / Pflegeversicherungsverhältnis z.B. Änderung des Versicherungsstatus		
Bitte fügen Sie Änderungsmitteilungen bei. Welche Änderung? Ab wann?	☐ Nein ☐ Ja _____ _____	☐ Nein ☐ Ja _____ _____
<u>Bei Bezug von Leistungen nach dem SGB XII (Hilfe zum Lebensunterhalt / Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie Leistungen nach dem SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende) sind die Ziffern 4 bis 7 nicht auszufüllen</u>		
4. Gibt es Veränderungen in Ihren Einkommensverhältnissen?		
Unabhängig von evtl. Änderungen sind **<u>immer</u>** Nachweise und lückenlose Kontoauszüge der letzten 3 Monate beizufügen.	☐ Nein ☐ Ja, und zwar: _____ seit: _____ _____ seit: _____	☐ Nein ☐ Ja, und zwar: _____ seit: _____ _____ seit: _____

5. Angaben zu Ihren Einkommensverhältnissen
(auch ausländische Renten sind bei der jeweiligen Rentenart anzugeben)

Altersrente:		Arbeitsentgelt:	
EU-Rente:		Kindergeld:	
Witwen-/Witwerrente:		Wohngeld:	
Pensionen:		Zinsen:	
Betriebsrente:		Vermietung/Verpachtung:	
Unterhaltsleistungen		Sonstiges	

6. Gibt es Veränderungen in Ihren Vermögensverhältnissen?

Sind z. B. Änderungen bei Versicherungen, eine Erbschaft, Vertragsänderungen, Bürgschaften, Verpflichtungen oder sonstige Vermögenszuwächse eingetreten?

Unabhängig von evtl. Änderungen sind **immer** Nachweise (z. B. Policen oder Verträge) und lückenlose Kontoauszüge der letzten 3 Monate im Original beizufügen.	☐ Nein ☐ Ja, und zwar: _____ seit: _____ in Höhe von: _____ € _____ seit: _____ in Höhe von: _____ €	☐ Nein ☐ Ja, und zwar: _____ seit: _____ in Höhe von: _____ € _____ seit: _____ in Höhe von: _____ €

7. Kosten der Unterkunft / Eigenheim

Bitte fügen Sie bei einem Mietverhältnis Nachweise über die aktuelle Mietzusammensetzung (z.B. Nebenkostenabrechnung, Mieterhöhungsschreiben) und bei Bewohnen eines Eigenheimes die entsprechenden Abgabenbescheide bei.

8. Gibt es Änderungen in Ihren Wohnverhältnissen?

Sind Änderungen eingetreten oder geplant?

Ist jemand hinzugekommen? ☐ Nein ☐ Ja, wann und wer? _____

Wird jemand ausziehen? ☐ Nein ☐ Ja, wann und wer? _____

Hat sich Ihre Miete geändert? ☐ Nein ☐ Ja, ich zahle seit: _____ _____€

Jegliche Veränderung der Haushaltsmitglieder ist dem Amt für soziale Förderung und Teilhabe unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen.

	Name, Vorname	**Geburtsdatum**	**Verwandtschafts-verhältnis**
Wie viele Personen leben <u>insgesamt</u> in Ihrer Wohnung?	1.		
_____ Personen	2.		
	3.		
	4.		
	5.		

9. Aktueller Pflegegrad / Leistungen der Pflegekasse

Sollte seit der letzten Antragstellung in unserer Behörde eine Änderung eingetreten sein, benötigen wir den entsprechenden Bescheid der Pflegekasse und das dazugehörige Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse

Kein Pflegegrad	☐	Ja	
Pflegegrad 1	☐	Ja	seit wann ? _____
Pflegegrad 2	☐	Ja	seit wann ? _____
Pflegegrad 3	☐	Ja	seit wann ? _____
Pflegegrad 4	☐	Ja	seit wann ? _____
Pflegegrad 5	☐	Ja	seit wann ? _____

Haben Sie aktuell einen Antrag auf Höherstufung bei der Pflegekasse gestellt?	☐	Nein	☐ Ja, am _____

Leistungen der Pflegekasse:

Pflegegeld	☐
Pflegesachleistungen	☐
Kombinationsleistungen	☐

10. Aktueller Gesundheitszustand ?

Ist eine ärztlich nachgewiesene Veränderung Ihres Gesundheitszustands eingetreten?

☐ Nein

☐ Ja/ Erläuterung:

Falls ja, übersenden Sie uns bitte aktuelle ärztliche Unterlagen, aus denen Ihr aktueller Gesundheitszustand und entsprechende gesundheitliche Einschränkungen hervorgehen.

11. **Sonstiges**

Erhalten Sie Fachleistungsstunden durch den Landeswohlfahrtsverband?

☐ Ja (Bitte Bewilligungsbescheid beifügen)

☐ Nein

Gibt es Änderungen in der Vertretung, Bevollmächtigung oder Betreuung?

(Bitte Vollmacht oder Betreuungsbeschluss beifügen)

Gibt es sonstige Änderungen?

12. Einverständniserklärung

Ich erkläre mich mit der Übermittlung der Daten bezüglich der bewilligten Leistungen der ambulanten Hilfe zur Pflege an den von Ihnen beauftragten Dienstleister (z. B. Pflegedienst) einverstanden.

_____

Ort, Datum

_____

Unterschrift Antragsteller/in

bzw. gesetzlicher Vertreter

Ich/ Wir versichere/n, dass meine/ unsere vorstehenden Angaben wahr sind. Auf die Notwendigkeit, alle leistungserheblichen Tatsachen anzugeben [(§ 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I)] und auf die Erstattungspflicht für zu Unrecht erlangte Hilfe wurde/n ich/ wir hingewiesen.

Mir/uns ist bekannt, dass ich/ wir jede Änderung insbesondere der Familien-, Pflege-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit, Krankenhausaufenthalte, Kur usw., auch von Haushaltsangehörigen, unverzüglich und unaufgefordert dem Amt für soziale Förderung und Teilhabe mitteilen muss/ müssen. Die Aufnahme jeder Arbeit werde/n ich/ wir vor Beginn der Tätigkeit ebenfalls anzeigen. Mir/ Uns ist bekannt, dass unrichtige oder unvollständige Angaben die zu einer unberechtigten Leistungsgewährung führen, strafrechtlich verfolgt werden können.

Ich bin/ Wir sind damit einverstanden, dass meine/ unsere vorstehend erfassten Personen bezogenen Daten in automatisierter Datenverarbeitung gespeichert werden. Ich/wir bin/sind mit der Weitergabe persönlicher Daten zur Prüfung eines ggf. alternativ bestehenden Anspruchs nach dem Sozialgesetzbuch II, Sozialgesetzbuch XII (Kapitel 3 und 4), eines Anspruches auf Leistungen bei der Pflegekasse, eines Wohngeldanspruchs oder eines Anspruchs auf Kinderzuschlages an die jeweils zuständige Behörde einverstanden.

Unterschriften:

_____

Ort, Datum

_____

Unterschrift Antragsteller/in
bzw. gesetzlicher Vertreter