

01 Grundantrag

Name des Leistungsberechtigten: _____

Grundantrag (Hilfe zur Pflege)	Örtliches Sozialamt der Stadt
auf Leistungen nach dem SGB XII	Datum erste Vorsprache/ Bekanntgabe

Es werden folgende
Leistungen beantragt:

- ambulante Leistungen
- wohnumfeldverbessernde Maßnahmen
- stationäre Leistungen (ggf. mit
Grundsicherungsleistungen)
- dauerstationäre Pflege
- Kurzzeitpflege
- Tagespflege
- Pflegewohngeld

Leistungsberechtigter

Übernahme von Bestattungskosten

Name, Vorname	Familienstand	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer (aktuell)	PLZ, Ort (aktuell)	
Straße, Hausnummer (vor Heimaufnahme)	PLZ, Ort (vor Heimaufnahme)	
	Miete	Eigentum
		Nießbrauchrecht/ Wohnrecht
Telefon (bei Rückfragen)	Wohnen oder wohnten Sie zur Miete oder in Eigentum?	

Ehegatte/ Lebensgefährte/ Lebenspartner (nach Lebenspartnerschaftsgesetz)

Ehegatte/-in	Lebensgefährte/-in	Lebenspartner/-in
Name, Vorname		Geburtsdatum

Weitere Personen im Haushalt

Pers	Name, Vorname	Geburtsdatum	Pers	Name, Vorname	Geburtsdatum
1			4		
2			5		
3			6		

Betreuer / bevollmächtigte Person des Leistungsberechtigten

Name, Vorname	Adresse	Telefon

Hinweis: Bitte Betreuungsurkunde / Vollmacht in Kopie beifügen!

01 Grundantrag

Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?						
Krankenversicherungsnummer						
Art der Versicherung	gesetzlich freiwillig	privat nicht versichert				
Wurde bereits ein Pflegegrad (PG) festgestellt?	kein PG	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Beziehen Sie bereits Leistungen der Pflegeversicherung? Wenn ja, welche?						

Angaben zum Beruf

Sind Sie Rentner/in?	ja	nein	Sind Sie berufstätig?	ja	nein
Ist Ihr Ehegatte/Lebensgefährte/Lebenspartner Rentner?	ja	nein	Ist Ihr Ehegatte/Lebensgefährte/Lebenspartner berufstätig?	ja	nein

Ausländische Staatsangehörigkeit

Liegt eine ausländische Staatsangehörigkeit vor?	ja	nein
Art der Aufenthaltsgenehmigung	befristet	unbefristet
Herkunftsland	Seit wann leben Sie in Deutschland?	

Schwerbehinderung

Liegt ein Schwerbehindertenausweis für folgende Personen vor?		
Antragsteller	ja (Kopie einreichen)	nein
Ehegatte / Lebensgefährte / Lebenspartner	ja (Kopie einreichen)	nein
Sonstige Person im Haushalt	ja (Kopie einreichen)	nein

Blind oder Pflegegrad 4

Liegt Blindheit oder der Pflegegrad 4 vor?		
Antragsteller	ja (Kopie einreichen)	nein
Ehegatte / Lebensgefährte / Lebenspartner	ja (Kopie einreichen)	nein

Erklärung der antragstellenden Person:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben sowie die Angaben in den Anlagen vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistungen maßgebend sind – insbesondere in den Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen sowie vorübergehende Abwesenheit, Krankenhausaufenthalte, Kuren, Wohnungswechsel usw. – unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialamt mitzuteilen. Mir ist bekannt, dass ich mich durch unvollständige oder unwahre Angaben strafbar mache (Betrug) und dass zu Unrecht empfangene Leistungen zu erstatten sind.

 Datum, Unterschrift (Antragsteller / Betreuer / Bevollmächtigter)

 Datum, aufgenommen durch (Sachbearbeiter Ortsbehörde)