DIAKONIEWERK WELTERSBACH
LEICHLINGEN

Evangelisch-Freikirchliches
Diakoniewerk Weltersbach e. V.

Weltersbach 9, 42799 Leichlingen
Fax 02174 73 05 65
aufnahme@weltersbach.org

Bewerbung zur Aufnahme

Name		Familienstand	
Vorname		verh., Datum Eheschließung	
Geburtsname		verh., Name Ehegatte/in	
Geschlecht	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers	Religion	
Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit	
Geburtsort		Pflegegrad aktuell	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Meldeadresse Straße, Haus-Nr.			
PLZ, Ort			Seit:
		Höherstufung aktuell beantragt am	
Gewünschte Leistung	☐ Kurzzeitpflege ☐ Langzeitpflege		

Derzeitiger Aufenthalt	☐ Krankenhaus ☐ Reha ☐ andere Pflegeeinrichtung ☐ zu Hause ☐ Sonstiges:
Einzug	☐ aktuell/ kurzfristig ☐ Voranmeldung zum:
Hilfsmittel	☐ Rollstuhl ☐ Rollator ☐ Sauerstoffgerät

Bezugsperson für Administration u. Rechnungen

Name		Telefon Mobil	
Vorname		Telefon pr	
Verwandtschaftsgrad		Telefon di	
		E-Mail	
Straße, Haus-Nr.			
PLZ, Ort			
Vollmacht/Betreuung	☐ Vollmacht ☐ Betreuung		

Weitere Kontaktperson

Name		Telefon mobil	
Vorname		Telefon pr	
Verwandtschaftsgrad		Telefon di	
		E-Mail	
Straße, Hausnr.			
PLZ, Ort			
Vollmacht	☐ ja ☐ nein		

Anzahl Kinder

Dokumente/ Bescheinigungen

Pflegekasse		Versicherungs-Nr.	
Rezeptgebührenbefr.	☐ ja ☐ nein		
Pflegezusatzvers.	☐ ja ☐ nein		
Beihilfeberechtigung	☐ ja ☐ nein		

Schwerbehindertenausweis vorhanden	☐ ja ☐ nein	Merkzeichen	
Patientenverfügung liegt vor	☐ ja ☐ nein		

Hausärztin/ Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon – Gemeinschaftspraxisangabe genügt nicht)

Fachärzte

Fachbereich	Name	Anschrift	Telefon

_____ _____

Datum Unterschrift des Aufnahmesuchenden bzw. der vertretungsberechtigten Person

Checkliste Kurzzeitpflege

Verpflichtende Unterlagen zur Anmeldung

☐ Bewerbung mit Unterschrift

☐ Erklärung zum Einkommen und Vermögen mit Unterschrift

☐ Erklärung zum gemeinsamen Jahresbetrag

☐ Vorsorgevollmacht bzw. Betreuungsurkunde

☐ Patientenverfügung

☐ Ärztlicher Fragebogen oder Krankenhausüberleitung

☐ aktueller Einstufungsbescheid der Pflegekasse aus dem häuslichen Bereich

☐ aktueller Beihilfebescheid (beamtet)

Erforderliche Unterlagen vor Vertragsunterzeichnung

☐ Antrag auf Kurzzeit-/ Verhinderungspflege

DIAKONIEWERK WELTERSBACH
LEICHLINGEN

Erklärung zum Einkommen und Vermögen KZP

Für die Einschätzung, ob die Kosten für den Kurzzeit- u. Verhinderungspflegeaufenthalt durch Ihr Einkommen und/oder Vermögen beglichen werden können, bedarf es einer kurzen Übersicht zu den Einkommens- und Vermögensverhältnissen vor Aufnahme. Anhand der vollständig und korrekt gemachten Angaben können wir im Bedarfsfall entsprechende Maßnahmen einleiten (u. a. eine Bedarfsmeldung beim Sozialhilfeträger oder eine Zahlungszusicherung durch die Angehörigen), wenn die finanziellen Mittel ausgeschöpft sind. Sollten Vermögensteile oder Einkünfte zweckentfremdet werden, verpflichten Sie sich, die Fehlbeträge dem Diakoniewerk Weltersbach zu erstatten.

Bewohner/in _____

Der Kostenanteil für den Kurzzeit- u. Verhinderungspflegeaufenthalt wird durch eigenes Einkommen bzw. Vermögen oder seitens der Angehörigen beglichen:

ja ☐ nein ☐

Falls nein, es wird ein Antrag auf Sozialhilfe gestellt:

Zuständiges Sozialamt: _____

Sozialhilfeantrag vor Aufnahme gestellt am: _____

Als Nachweis Abgabebestätigung in Kopie vor Aufnahme vorlegen.

Wird ein Sozialhilfeantrag gestellt, Entlastungsbetrag bei der Pflegekasse erfragen.

In häuslicher Pflege steht der Entlastungsbetrag in Höhe von mtl. 131,00 € zur Verfügung. Wird dieser nicht ausgeschöpft, kann der angesparte Betrag beim Kurzzeitpflege- u. Verhinderungspflege-aufenthalt für Unterkunft und Verpflegung verwendet werden.

Angesparter verfügbarer Entlastungsbetrag: ☐ nein ☐ ja, in Höhe von: _____€

Mitwirkungspflichten bei Beantragung von Sozialhilfe nach §§ 60 und 66 SGB 1

Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt hat oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, wird der Leistungsträger den Sozialhilfeantrag ablehnen bis Sie die erforderlichen Nachweise nicht oder nicht vollständig vorlegen.

Bestätigung für die Einrichtung bei Sozialhilfebedarf

Ich bestätige gegenüber dem Diakoniewerk Weltersbach, dass ich meiner vorgenannten Mitwirkungspflicht nachkomme und alle vom Sozialamt geforderten Nachweise umgehend dort einreiche, so dass der Antrag auf Sozialhilfe ohne Verzögerung bearbeitet werden kann. Eine Ablehnung teile ich dem Diakoniewerk Weltersbach unverzüglich mit. In diesem Fall wendet sich das Diakoniewerk Weltersbach zur Begleichung der ausstehenden Forderung an die Bewohnerin/ den Bewohner bzw. an die vertretungsberechtigte Person.

Des Weiteren bestätige ich die Richtigkeit der Angaben mit meiner Unterschrift.

_____

Ort, Datum

Unterschrift Bewohner/in bzw. vertretungsberechtigte Person

DIAKONIEWERK WELTERSBACH
LEICHLINGEN

Erklärung zum Gemeinsamen Jahresbetrag der Leistungen aus der Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Mit Wirkung zum 01.07.2025 haben pflegebedürftige Personen mit mindestens Pflegegrad 2 Anspruch auf den Gemeinsamen Jahresbetrag, der sowohl flexibel für die Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI als auch der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI verwendet werden kann. Die Höhe des Gemeinsamen Jahresbetrages liegt ab dem 01.07.2025 bei 3.539 €. Bereits in Anspruch genommene Leistungen bis zum 30.06.2025 werden sowohl in der Höhe als auch in der Dauer auf den ab 01.07.2025 geltenden Gemeinsamen Jahresbetrag angerechnet.

Da wir keine Kenntnis darüber erlangen, welcher Anteil des Gemeinsamen Jahresbetrages schon verbraucht ist, benötigen wir die Angabe des vorhandenen Restbudgets zum Zeitpunkt des Eintritts der Kurzzeit- und Verhinderungspflege von Ihnen. Diese Angaben sind zwingend erforderlich.

Leistungen aus dem Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflegebudget (ab 01.07.2025 Gemeinsamer Jahresbetrag von 3.539 €) wurden im lfd. Kalenderjahr bereits beansprucht, z. B. vom Pflegedienst, durch einen vorherigen KZP-Aufenthalt:

ja ☐ nein ☐

Vorhandenes Restbudget: _____ € erfragt am: _____
(Bei der Pflegekasse und dem Leistungserbringer der häuslichen Pflege erfragen) Datum

Steht das angegebene Budget zum Abrechnungszeitpunkt wider Erwarten nicht mehr zur Verfügung, verpflichte ich mich, zu den Kosten von Unterkunft und Verpflegung zusätzlich die Pflegekosten und die Ausbildungsumlage aus eigenen Mitteln zu begleichen.

_____

Ort, Datum Unterschrift Bewohner/in bzw. vertretungsberechtigte Person