



Anmeldeformular Kurzzeit- oder vollstationäre Pflege

Name, Vorname: _____

Geburtsname: _____

Meldeadresse **Straße:** _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Mail: _____

Derzeitiger Aufenthalt: Krankenhaus Reha anderes Pflegeheim

zu Hause Sonstiges: _____

Geburtsdatum: _____ **Geburtsort/-land:** _____

Staatsangehörigkeit: _____

Konfession: _____ **Familienstand:** _____

Name des Ehegatten/Lebenspartners: _____

Eheschließung (Datum und Ort): _____

Bestand oder besteht eine eheähnliche Gemeinschaft: ja nein

Sterbetag/ -ort des Ehegatten: _____

Ansprechpartner/in für Administration u. Rechnungen

Name, Vorname _____

Straße, PLZ Ort _____

Telefon _____

Mail _____

- | | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> aml. Betreuer/in | <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn | <input type="checkbox"/> Schwester/Bruder | <input type="checkbox"/> Enkel/in |
| <input type="checkbox"/> Vollmacht | <input type="checkbox"/> Schwiegertochter/-sohn | <input type="checkbox"/> Nichte/Neffe | <input type="checkbox"/> _____ |

Weitere/ Angehörige/r

Name, Vorname _____

Straße, PLZ Ort _____

Telefon _____

Mail _____

- | | | | |
|---------------------------------------|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vollmacht | <input type="checkbox"/> Schwiegertochter/-sohn | <input type="checkbox"/> Schwester/Bruder | <input type="checkbox"/> Enkel/in |
| <input type="checkbox"/> Tochter/Sohn | <input type="checkbox"/> Cousin/e | <input type="checkbox"/> Nichte/Neffe | <input type="checkbox"/> _____ |

Anzahl der Kinder keine eins zwei drei oder Anzahl _____

Pflegekasse

(Name/Anschrift/Vers.-Nr.) _____

Pflegegrad

- Grad 1 Grad 2 Grad 3 Grad 4 Grad 5

Ersteinstufung am _____ **Höherstufung läuft aktuell seit** _____

Beihilfeberechtigung als Privatversicherter ja nein

Bisheriger Hausarzt

(Name/Anschrift/Telefon) _____

übernimmt die Versorgung weiter ja nein

Facharzt für

- Neurologie Orthopädie Psychotherapie Psychiatrie

(Name/Anschrift/Telefon) _____

Schwerbehindertenausweis nein ja, GdB: _____ (Kopie Vorder- u. Rückseite)

Gewünschte Unterbringung

Kurzzeitpflege

Heimaufnahme

Folgende eigene Hilfsmittel werden mitgebracht:

Rollator

Rollstuhl

Sauerstoffgerät

Sonstiges _____

Gewünschtes Aufnahmedatum _____

Erforderliche Unterlagen mit Anmeldung in Kopie **KZP u. **stationär**:**

- Diese Anmeldung mit Unterschrift
- Erklärung zum Einkommen und Vermögen mit Unterschrift
- Betreuungsurkunde bzw. Vorsorgevollmacht
- Patientenverfügung
- Befreiung von Zuzahlungen
- Ärztlicher Fragebogen oder Krankenhausüberleitung u. Medikamentenplan
- aktueller Einstufungsbescheid der Pflegekasse aus dem häuslichen Bereich

Erforderliche Unterlagen mit Anmeldung in Kopie **stationär:**

- aktuelle Rentenbescheide aller Renten
- sonstige Einkünfte (Mieten/Pachten, Einkünfte aus Kapitalvermögen)
- aktuelle Kontoauszüge Girokonto und Sparbuch (mit ersichtlichem Kontostand sowie der Rentenzahlungseingänge)
- Standnachweise Geldanlagen, Fond, Wertpapiere, Versicherungen

Erforderliche Unterlagen nach Terminzusage vor Vertragsunterzeichnung in Kopie

****KZP** u. **stationär**:**

- Antrag auf Kurzzeit- bzw. vollstationäre Pflege
- Antrag auf Kostenübernahme vom Sozialamt (Kopie oder Abgabebestätigung) bei geringer Rente und geringem Vermögen
- Heimnotwendigkeit der Pflegeberatung, wenn ein Antrag auf Sozialhilfe gestellt wird (s. Erklärung Einkommen und Vermögen)

Erforderliche Unterlagen mit Vertragsunterzeichnung **stationär:**

- Personalausweis (zur An-/Ummeldung bei der Stadt, verbleibt in der Dokumentation im Wohnbereich)
- Schwerbehindertenausweis

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Das Diakoniewerk Weltersbach ist jederzeit berechtigt, die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben zu prüfen.

Ort und Datum

Unterschrift des Aufnahmesuchenden bzw. der vertretungs-



Erklärung zum Einkommen und Vermögen **stationär**

Für die Einschätzung, ob die monatlichen Heimkosten durch Ihr Vermögen dauerhaft 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, verpflichte ich mich, die Fehlbeträge dem Diakoniewerk Weltersbach zu erstatten.

Bewohner/in _____

(bei Ehepaaren, eheähnlichen Gemeinschaften, Lebenspartnerschaften alle gemeinsamen Einkünfte angeben)

Art des Einkommen:	mtl. Nettobetrag incl. Cent
	€
	€
	€
	€

(z.B. Altersrenten, Witwenrenten, Werksrenten, Miet- oder Pachteinahmen, Kapitalerträge, etc.)

Verwertbares Vermögen aus Girokonto u. Spargbuch?

Gesamtbetrag: _____ € ja nein

Sparvermögen aus Lebensversicherung, Fond, sonst. Geldanlagen?

Gesamtbetrag: _____ € ja nein

Haben Sie sonstige Vermögenswerte? _____ ja nein
(Immobilien, Grundstücke, etc.)

Wurde in der Vergangenheit Vermögen übertragen? ja nein
(Schenkung bzw. Übertragung von Bargeld, Immobilien, Grundbesitz, etc.)

Können die verbleibenden Pflegekosten durch eigenes Einkommen oder Vermögen getragen werden? ja nein

Wird ein Antrag auf ergänzende Sozialhilfe gestellt? Wichtig: vor Aufnahme ja nein

Vermögensschongrenze bei Beantragung von Sozialleistung: Je Person 10.000,00 €
Vermögensschongrenze für Pflegegeld: je Person 10.000,00 €

Zuständiges Sozialamt: _____

Antrag gestellt am: _____

Als Nachweis Abgabebestätigung in Kopie vor Aufnahme vorlegen.

Pflegeberatung des Sozialamtes (Heimnotwendigkeit) kontaktiert am: _____

(Generell bei Pflegegrad 2 erforderlich. Beim Sozialamt des Rheinisch-Bergischen Kreises: Zusätzlich bei Pflegegrad 3 für unter 80-Jährige erforderlich)

Beziehen Sie Leistungen nach dem Grundsicherungsgesetz oder Leistungen nach den Bestimmungen der Sozialhilfe?

ja nein

Erhalten Sie bislang Wohngeld?

ja nein

Die Renten des/der Bewohner/s/in müssen bei Sozialhilfebeantragung von der Einrichtung sichergestellt werden.

Das bedeutet, die Renten werden ab dem Folgemonat nach Einzug direkt an die Einrichtung übergeleitet. Bis zur Überleitung ziehen wir die Renten ab dem 01. des Folgemonats nach Aufnahme nach Vorlage des Mandats per Lastschrift ein. Bei Eheleuten ermittelt das Sozialamt einen Kostenbeitrag, daher erfolgt keine Sicherstellung der Renten durch die Einrichtung.

Mietzahlungen sind bis zur Bescheiderteilung zurückzustellen. Sie werden vom Sozialhilfeträger im Bescheid berücksichtigt, so dass eine Zahlung dann erfolgen kann.

Wir weisen gleichzeitig darauf hin, dass jegliche Veränderung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse (Renten, etc.) unverzüglich und unaufgefordert dem Sozialamt mitzuteilen sind.
(Gilt für Pflege Wohngeld- oder Sozialhilfebezieher)

Mitwirkungspflichten 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