



## Anmeldung zur Aufnahme ins Pilgerheim Weltersbach Kurzzeit- oder vollstationäre Pflege

1. Name, Vorname

---

Geburtsname

---

Meldeadresse: Straße

---

PLZ, Ort

---

Telefon

---

Mail

---

2. Derzeitiger Aufenthalt

(Angehörigen/Krankenhaus/  
Pflegeheim)

---

---

---

3. Geburtsdatum

Geburtsort

---

4. Staatsangehörigkeit

---

5. Konfession

---

6. Familienstand

---

7. Name des Ehegatten/Lebenspartners

---

8. Eheschließung: Datum und Ort

---

9. Bestand oder besteht eine eheähnliche  
Gemeinschaft

ja

nein

10. Sterbetag/ -ort des Ehegatten

---

**11. Ansprechpartner/in für Administration u. Rechnungen**

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

- aml. Betreuer/in       Tochter/Sohn       Schwester/Bruder       Enkel/in  
 Vollmacht       Schwiegertochter/-sohn       Nichte/Neffe       \_\_\_\_\_

**12. weitere/r Angehörige/r**

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

- Vollmacht       Schwiegertochter/-sohn       Schwester/Bruder       Enkel/in  
 Tochter/Sohn       Cousin/e       Nichte/Neffe       \_\_\_\_\_

**13. Anzahl der Kinder**       keine       eins       zwei       drei       oder Anzahl \_\_\_\_\_

**14. Krankenkasse / Pflegekasse**

(Name/Anschrift/Vers.-Nr.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**15. Pflegegrad**       Grad 1       Grad 2       Grad 3       Grad 4       Grad 5

**Ersteinstufung am** \_\_\_\_\_

**16. Hausarzt**

(Name/Anschrift/Telefon) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**17. Facharzt für**

(Name/Anschrift/Telefon)       Neurologie       Orthopädie       Psychotherapie       Psychiatrie  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**18. Schwerbehindertenausweis**       ja       nein

(Versorgungsamt, Grad der Behinderung) \_\_\_\_\_

**19. Gewünschte Unterbringung**

**Kurzzeitpflege**

**Heimaufnahme**

**20. Folgende eigene Hilfsmittel werden mitgebracht:**

Rollator

Rollstuhl

Sauerstoffgerät

Sonstiges \_\_\_\_\_

**21. Gewünschtes Aufnahmedatum** \_\_\_\_\_

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen ist beigefügt

wird nachgereicht

Die Erklärung zum Einkommen und Vermögen als Bestandteil der Anmeldung ist beigefügt

Die Betreuungsurkunde bzw. Vorsorgevollmacht ist beigefügt

Der aktuelle Einstufungsbescheid der Pflegekasse aus dem häuslichen Bereich ist beigefügt

Der Antrag auf Kurzzeitpflege/vollstationäre Pflege wurde/wird bei der Pflegekasse

am \_\_\_\_\_ gestellt

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

\_\_\_\_\_  
**Ort und Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Aufnahmesuchenden bzw. der vertretungs-  
berechtigten Person**



## Erklärung zum Einkommen und Vermögen

Bitte füllen Sie diesen Vordruck vollständig aus. Für die Beantragung oder den Ausschluss der Inanspruchnahme von öffentlichen Leistungen zur Bezuschussung oder Übernahme der Heimkosten werden diese Angaben dringend **vor Aufnahme** benötigt. Sollten Vermögensteile oder Einkünfte zweckentfremdet werden, verpflichte ich mich, die Fehlbeträge dem Pilgerheim Weltersbach zu erstatten.

Bewohner/in.....

**Bewohner/in** (bei Ehepaaren, eheähnlichen Gemeinschaften, Lebenspartnerschaften alle gemeinsamen Einkünfte angeben)

Art des Einkommen:	Netto in Euro incl. Cent

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

Verwertbares Vermögen aus Girokonto u. Sparbuch?

**Gesamtbetrag:** \_\_\_\_\_ € ja  nein

Sparvermögen aus Lebensversicherung, Fond, sonst. Geldanlagen?

**Gesamtbetrag:** \_\_\_\_\_ € ja  nein

Haben Sie sonstige Vermögenswerte? \_\_\_\_\_

(z.B. Immobilien, Grundstücke, etc.)

ja  nein

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

ja  nein

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

Vermögensschongrenze für Pflegegeld: je Person 10.000,00 €

**Wird ein Antrag auf ergänzende Sozialhilfe gestellt?**

ja  nein

Fristwährend vor Aufnahme erforderlich

Zuständiges Sozialamt: \_\_\_\_\_

Antrag gestellt am: \_\_\_\_\_

Pflegeberatung des Sozialamtes kontaktiert am: \_\_\_\_\_

(bei vollstationärer Pflege)

**Nur bei Kurzzeitpflege:**

Angesparten Entlastungsbetrag bei der Pflegekasse erfragen, Höhe eintragen: \_\_\_\_\_ €

KZP/VHP im lfd. Jahr bereits in Anspruch genommen: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Wurde aktuell vor Heimaufnahme ein Antrag auf Ersteinstufung bei der Pflegekasse gestellt?**

ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**Wurde aktuell vor Heimaufnahme ein Antrag auf Höherstufung bei der Pflegekasse gestellt?**

ja  nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Sind Sie als Privatversicherte/r berechtigt, Beihilfe zu empfangen?

ja  nein

**Nur bei vollstationärer Pflege anzukreuzen:**

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 sind die Renten ab dem 01. des Folgemonats nach Aufnahme zu überweisen oder – nach Erteilung des Lastschriftmandats – von uns einzuziehen. 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.

**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 Pilgerheim 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 Pilgerheim Weltersbach unverzüglich mit.

In diesem Fall wendet sich das Pilgerheim 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