



DIAKONIEWERK WELTERSBBACH
LEICHLINGEN

Evangelisch-Freikirchliches
Diakoniewerk Weltersbach e. V.

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

Anmeldeformular

Kurzzeitpflege (KZP) u. Verhinderungspflege (VP) oder vollstationäre Pflege

Name, Vorname:

Geburtsname:

Meldeadresse

Straße:

PLZ:

Ort:

Telefon:

Mail:

Derzeitiger Aufenthalt:

☐ Krankenhaus

☐ Reha

☐ anderes Pflegeheim

☐ zu Hause

☐ Sonstiges:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

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 mobil _____

Festnetz _____

Mail _____

☐ amtl. Betreuer/in☐ Tochter/Sohn☐ Schwester/Bruder☐ Enkel/in☐ Vollmacht☐ Schwiegertochter/-sohn☐ Nichte/Neffe☐ _____**Weitere/ Angehörige/r**

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ Ort _____

Telefon mobil _____

Festnetz _____

Mail _____

☐ Vollmacht☐ Schwiegertochter/-sohn☐ Schwester/Bruder☐ Enkel/in☐ Tochter/Sohn☐ Cousin/e☐ Nichte/Neffe☐ _____**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**

(Arztname/Anschrift/Telefon) _____

Gemeinschaftspraxis genügt nicht

übernimmt die Versorgung weiter☐ ja☐ nein**Facharzt für**☐ Neurologie☐ Orthopädie☐ Psychotherapie☐ Psychiatrie

(Arztname/Anschrift/Telefon) _____

Gemeinschaftspraxis genügt nicht

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 / VP und **stationär**:**

- | | |
|--|--------------------------|
| Diese Anmeldung mit Unterschrift | ☐ |
| Erklärung zum Einkommen und Vermögen mit Unterschrift Betreuungsurkunde bzw. | ☐ |
| Vorsorgevollmacht | ☐ |
| Patientenverfügung, falls vorhanden | ☐ |
| Ausweis Befreiung von Zuzahlungen | ☐ |
| Ärztlicher Fragebogen oder Krankenhausüberleitung | ☐ |
| aktueller Einstufungsbescheid der Pflegekasse aus dem häuslichen Bereich aktueller | ☐ |
| Beihilfebescheid (beamtet) | ☐ |
| Antrag auf Kurzzeit- bzw. vollstationäre Pflege Institutionskennzeichen (IK) der Einrichtung: 510 532 014 | ☐ |

Erforderliche Unterlagen nach Terminzusage vor Vertragsunterzeichnung in Kopie

****KZP / VP** und **stationär**:**

- | | |
|---|--------------------------|
| 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 Anmeldung in Kopie **stationär:**

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

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 vertretungsberechtigten Person

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. Verhinderungspflegeaufenthalt für Unterkunft und Verpflegung verwendet werden.

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

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

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 WELTERSBBACH
LEICHLINGEN

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

Bewohner/in _____

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