



DIAKONIEWERK WELTERSBACH
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 **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. Sparbuch?

Gesamtbetrag: _____ € ja ☐ nein ☐

Sparvermögen aus Lebensversicherung, Fond, sonst. Geldanlagen?

Gesamtbetrag: _____ € ja ☐ nein ☐

Haben Sie sonstige Vermögenswerte?

(Immobilien, Grundstücke, etc.)

_____ ja ☐ nein ☐

Wurde in der Vergangenheit Vermögen übertragen?

(Schenkung bzw. Übertragung von Bargeld, Immobilien, Grundbesitz, etc.)

ja ☐ nein ☐

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 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