



DIAKONIEWERK WELTERSACH  
LEICHLINGEN

"Diakoniewerk Weltersbach" der  
Evangelisch-Freikirchlichen  
Gemeinden im  
Landesverband NRW e.V.

Weltersbach 9, 42799 Leichlingen  
Fax 02174 73 05 65  
b.seibold-walter@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                                                                               | <input type="checkbox"/> |
| Erklärung zum Einkommen und Vermögen mit Unterschrift Betreuungsurkunde bzw.                                   | <input type="checkbox"/> |
| Vorsorgevollmacht                                                                                              | <input type="checkbox"/> |
| Patientenverfügung, falls vorhanden                                                                            | <input type="checkbox"/> |
| Ausweis Befreiung von Zuzahlungen                                                                              | <input type="checkbox"/> |
| Ärztlicher Fragebogen oder Krankenhausüberleitung                                                              | <input type="checkbox"/> |
| aktueller Einstufungsbescheid der Pflegekasse aus dem häuslichen Bereich aktueller                             | <input type="checkbox"/> |
| Beihilfebescheid (beamtet)                                                                                     | <input type="checkbox"/> |
| Antrag auf Kurzzeit- bzw. vollstationäre Pflege      Institutionskennzeichen (IK) der Einrichtung: 510 532 014 | <input type="checkbox"/> |

**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          | <input type="checkbox"/> |
| Heimnotwendigkeit der Pflegeberatung, wenn ein Antrag auf Sozialhilfe gestellt wird (s. Erklärung Einkommen und Vermögen) | <input type="checkbox"/> |

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

- |                                                                                                               |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| aktuelle Rentenbescheide aller Renten                                                                         | <input type="checkbox"/> |
| sonstige Einkünfte (Mieten/achten, Einkünfte aus Kapitalvermögen)                                             | <input type="checkbox"/> |
| aktuelle Kontoauszüge Girokonto und Spargbuch (mit ersichtlichem Kontostand sowie der Rentenzahlungseingänge) | <input type="checkbox"/> |
| Standnachweise Geldanlagen, Fond, Wertpapiere, Versicherungen                                                 | <input type="checkbox"/> |

**Erforderliche Unterlagen mit Vertragsunterzeichnung **stationär**:**

- |                                                                                                  |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Personalausweis (zur An-/Ummeldung bei der Stadt, verbleibt in der Dokumentation im Wohnbereich) | <input type="checkbox"/> |
| Schwerbehindertenausweis                                                                         | <input type="checkbox"/> |

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 WELTERSACH  
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 ☐

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

Datum

nein ☐

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