

Antrag auf Sozialhilfe (Grundantrag)

- Vollstationäre Pflege
 Häusliche Pflege
 Kurzzeit- und Tagespflege
 Eingliederungshilfe

Ort, Datum

Bitte vollständig ausfüllen, Unzutreffendes streichen und Nachweise beifügen.

1 Persönliche Verhältnisse und Zugehörigkeit zu bestimmten Personengruppen				
Personennummer (PN):		01	02	03
		<input type="checkbox"/> Hilfesuchende/r (HS) <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> nicht getr. lebender Eheg./ Lebenspartner/in <input type="checkbox"/> Lebensgefährte/in <input type="checkbox"/> Vater bei unverh. Minderj.	<input type="checkbox"/> Mutter bei unverh. Minderj.
1.1	Name			
1.2	Vorname			
1.3	Anschrift Straße, Hausnr.:			
	PLZ, Wohnort:			
	Telefon:			
1.4	Geburtsname			
1.5	Geburtsdatum			
1.6	Geburtsort			
1.7	Familienstand			
	seit:			
1.8	Staatsangehörigkeit			
1.9	bei Ausländern aufenthalts- rechtlicher Status	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer <input type="checkbox"/> Asylberechtigter <input type="checkbox"/> Sonstiger Ausländer	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer <input type="checkbox"/> Asylberechtigter <input type="checkbox"/> Sonstiger Ausländer	<input type="checkbox"/> EU-Ausländer <input type="checkbox"/> Asylberechtigter <input type="checkbox"/> Sonstiger Ausländer
1.10	bei 15 – 67 Jährigen: Beschäftigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.11	Erwerbsminderung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
1.12	Beruf, z.Z. ausgeübte Tätigkeit			
1.13	Betreuer/in/Bevollmächtigte/r: Name, Vorname			
	Anschrift Straße, Hausnr.:			
	PLZ, Wohnort:			
	Telefon:			
1.14	Schwerbehindertenausweis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		<input type="checkbox"/> beantragt am	<input type="checkbox"/> beantragt am	<input type="checkbox"/> beantragt am

2	Angehörige und sonstige Personen
----------	---

2.1	Weitere Personen im Haushalt		
PN	Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis
04			
05			
06			
07			
08			

2.2	Unterhaltsberechtigte/unterhaltspflichtige Personen außerhalb des Haushaltes (wie: leibliche Kinder/Adoptivkinder, Eltern, geschiedener oder getrennt lebende/r Ehegatte/in oder Lebenspartner/in)			
PN	Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis	Anschrift Straße, Hausnr.: PLZ, Wohnort: Telefon:
09				
10				
11				
12				
13				

3	Wohn- und Aufenthaltsverhältnisse vor Antragstellung bzw. vor Heimaufnahme in den letzten 12 Monaten			
von	bis	Straße, Wohnort	Einrichtung	Sozialhilfe/Alg II
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn bisher in einer Einrichtung gewohnt: Letzter vorheriger Aufenthaltsort vor Aufnahme in die Einrichtung				
von	bis	Straße, Wohnort		Sozialhilfe/Alg II
				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

4	Kosten der Unterkunft (Bei stationärer Pflege: Wohnung vor Heimaufnahme)		
Wohnen Sie...		...dann fügen Sie bitte folgende Nachweise bei:	
<input type="checkbox"/>	zur Miete	Mietbescheinigung	
<input type="checkbox"/>	in Wohneigentum	Anlage Wohneigentum	
<input type="checkbox"/>	mietfrei	Formlose Begründung/Erläuterung	
<input type="checkbox"/>	in einem betreuten Wohnheim	Mietbescheinigung	

5	Einkommen (alle Einkünfte in Geld oder Geldeswert, z. B. Gehalt, Rente – auch ausländische, Versorgungsbezüge, Einmalzahlungen, Kindergeld, Arbeitslosengeld, Krankengeld, Unterhalt, Sonstiges)		
PN	Art	Betrag	Rentenzeichen, Steuernummer usw.

6	Haben Sie sonstige Forderungen (z. B. Schadensersatz, Erbe, Pflichtteilsanspruch, Schenkung, Schmerzensgeld, Außenstände, Wohnrecht, Taschengeld, Nießbrauchsrecht usw.)		
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → s. Anlage 1			

7	Bereinigung des Einkommens Folgende Versicherungen sind vorhanden (z. B. Haftpflicht-, Hausrat-, Unfall-, Krankenhaustagegeld-, Lebens- und/oder Sterbegeldversicherung, Gewerkschaftsbeitrag)		
PN	Art	Betrag	
		mtl.	jährl.

8 Kranken- und Pflegeversicherung der Personen im Haushalt					
PN	Name der Kranken-/ Pflegekasse	Art der Versicherung <ul style="list-style-type: none"> • pflichtversichert • freiwillige Versicherung • privatversichert • Familienversicherung 	Mitgliedschaft besteht/bestand		Versicherungsnummer
			von	bis (falls Ende bekannt)	

9 Erhalten Sie Leistungen der Pflegeversicherung?	
<input type="checkbox"/> Ja → Bitte fügen Sie den entsprechenden Bescheid bei. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Antrag gestellt am _____ Datum	
→ Bei häuslicher Pflege oder Eingliederungshilfe fügen Sie bitte auch das aktuelle Pflegegutachten bei.	

10 Haben Sie Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

11 Vermögen	
Bitte die Vermögenserklärung (Anlage 1) vollständig ausfüllen.	

12 Welche Leistungen möchten Sie beantragen? (z. B. Eingliederungshilfe, stationäre Pflege, ambul. Pflege)	
Bitte den Antrag in Stichworten begründen	

13	Erklärung bei Beantragung eines Fahrdienstes für außergewöhnlich gehbehinderte Menschen
<input type="checkbox"/> Ich erkläre, dass mir kein privates Fahrzeug zur Verfügung steht, auch nicht das eines Familienangehörigen, welches ich benutzen kann und ich auf Grund der Schwere meiner Behinderung kein öffentliches Verkehrsmittel bzw. allgemeines Taxi benutzen kann.	

14	Hinweise
<p>Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch I – SGB I –).</p> <p>Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 StGB - Betrug -) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss. Ich bin verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistungen erheblich sind, insbesondere in den Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (Wohnungswechsel, vorübergehende Abwesenheit - z.B. Krankenhausaufenthalte -), auch die von Haushaltsangehörigen (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I). Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich belehrt worden (§ 66 SGB I). Ich bin unterrichtet, dass meine Ansprüche gegen Drittverpflichtete in gesetzlich zulässigem Umfang auf den Träger der Sozialhilfe übergeleitet werden können.</p> <p>Die Verarbeitung der anzugebenden personenbezogenen Daten im Sinne von § 2 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) sowie künftiger Änderungen dieser Daten ist mir bekannt.</p> <p>Der Kreis Coesfeld nimmt den Schutz Ihrer Daten sehr ernst. Personenbezogene Daten werden nur dann erhoben, wenn eine Rechtsgrundlage besteht oder Sie Ihre ausdrückliche Einwilligung erklärt haben. Die näheren Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf der Homepage des Kreises Coesfeld (https://www.kreis-coesfeld.de/datenschutzinfos/).</p>	

15	Zahlung der Hilfe		
BIC	IBAN	Kontoinhaber	Geldinstitut

 Unterschrift der/des Hilfesuchenden bzw. ihres/seines Vertreters

 ggf. Unterschrift des/der Ehegatten/in, Lebensgefährten/in oder Lebenspartners/in

 Unterschrift des/der Sachbearbeiters/in