

Kreis Soest  
Abteilung Soziales  
Hilfe zur Pflege  
Hoher Weg 1-3  
59494 Soest

## Hilfe zur Pflege - Grundantrag

### Beantragt wird:

Beantragt wird: <input type="checkbox"/> Übernahme der Kosten des Kurzzeitpflegeaufenthaltes <input type="checkbox"/> Übernahme der ungedeckten Kosten der vollstationären Pflege in einer Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Übernahme der Kosten der ambulanten Pflege
---

### Angaben zur der hilfesuchenden Person:

#### Name

Vorname	Familienname
---------	--------------

#### Geburtsdaten

Geburtsland	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	Geburtsdatum
-------------	------------	---------------------	--------------

Aufenthaltsstatus
-------------------

Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft aufgehoben	seit
--	------

Staat	Postleitzahl	Ort
-------	--------------	-----

Straße	Hausnummer
--------	------------

### Angaben zur Pflegeeinrichtung

Name der Pflegeeinrichtung
----------------------------

Tag der Aufnahme
------------------

Zimmer
<input type="checkbox"/> Einbettzimmer
<input type="checkbox"/> Zweibettzimmer

### Angaben zu Familienangehörigen

#### Angaben zum Ehepartner / Lebenspartner / geschiedenen Person

Vorname	Familienname
---------	--------------

#### Adresse des Ehepartners / Lebenspartners / geschiedenen Person (falls abweichend)

Postleitzahl	Ort
Straße	Hausnummer

#### Angaben des Elternteils (falls nicht verstorben)

Vorname	Familienname
---------	--------------

#### Adresse des Elternteils (falls nicht verstorben)

Postleitzahl	Ort
Straße	Hausnummer

#### Angaben des Elternteils (falls nicht verstorben)

Vorname	Familienname
---------	--------------

#### Adresse des Elternteils (falls nicht verstorben)

Postleitzahl	Ort
Straße	Hausnummer

### Angaben zu den Kindern

Anzahl der Kinder
-------------------

#### Angaben zum 1. Kind:

Vorname	Familienname	
Geburtsland	Geburtsort	Geburtsdatum
Postleitzahl	Ort	
Straße	Hausnummer	
Beruf		
Jahresbruttoeinkommen		

#### Angaben zum 2. Kind

Vorname	Familienname	
Geburtsland	Geburtsort	Geburtsdatum
Postleitzahl	Ort	
Straße	Hausnummer	
Beruf		

Jahresbruttoeinkommen
-----------------------

**Angaben zum 3. Kind**

Vorname		Familiename	
Geburtsland	Geburtsort	Geburtsdatum	
Postleitzahl	Ort		
Straße			Hausnummer
Beruf			
Jahresbruttoeinkommen			

**Angaben zum 4. Kind**

Vorname		Familiename	
Geburtsland	Geburtsort	Geburtsdatum	
Postleitzahl	Ort		
Straße			Hausnummer
Beruf			
Jahresbruttoeinkommen			

**Angaben zum 5. Kind**

Vorname		Familiename	
Geburtsland	Geburtsort	Geburtsdatum	
Postleitzahl	Ort		
Straße			Hausnummer
Beruf			
Jahresbruttoeinkommen			

**Betreuende oder bevollmächtigte Person**

Nimmt eine betreuende oder bevollmächtigte Person Ihre Interessen wahr?
<input type="checkbox"/> ja (Bitte nachfolgende Felder ausfüllen. Bitte Betreuungsurkunde oder Vollmacht vorlegen)
<input type="checkbox"/> nein

**Angaben zur betreuende oder bevollmächtigten Person**

Vorname		Familiename	
Staat	Postleitzahl	Ort	
Straße			Hausnummer
Telefonnummer	E-Mail	Faxnummer	

**Kranken-/Pflegeversicherung / Schwerbehindertenausweis**

Name der Krankenkasse / Pflegekasse
-------------------------------------

Art der Versicherung
<input type="checkbox"/> pflichtversichert
<input type="checkbox"/> freiwillig versichert
<input type="checkbox"/> privat versichert

Bei freiwilliger oder privater Versicherung bitte Höhe der monatlichen Beiträge angeben:

Besitzen Sie oder Ihr Ehepartner einen Schwerbehindertenausweis?
<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> beide

#### Schwerbehindertenausweis Nr.1

Gültig bis:	Merkzeichen
-------------	-------------

#### Schwerbehindertenausweis Nr.2

Gültig bis:	Merkzeichen
-------------	-------------

#### Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Wurde ein Gutachten zur Feststellung des Pflegegrades beantragt oder erstellt?
<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein

#### Feststellung des Pflegegrades

Höhe des Pflegegrades
<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5

Haben Sie eine Neueinstufung beantragt?
<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein

Datum der Neueinstufung
-------------------------

#### Angaben zum Bezug von Sozialleistungen

Haben Sie bereits Sozialleistungen erhalten?
<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein

Art der erhaltenen Sozialleistung
<input type="checkbox"/> Hilfe zum Lebensunterhalt
<input type="checkbox"/> Hilfe zur häuslichen Pflege
<input type="checkbox"/> Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung
<input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe
<input type="checkbox"/> sonstige Hilfen

Name der sonstigen Hilfe:
---------------------------

Von welchem Sozialhilfeträger erhalten Sie Leistungen?
--

Bis zu welchem Zeitpunkt sind die Sozialleistungen bewilligt?
---

**weitere Angaben:**

Sondennahrung
<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein
Beihilfeanspruch
<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein
Blindengeld
<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Kriegsbeschädigter bzw- hinterbliebener?
<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein

**Angaben zur Wohnung**

Sie (bzw. Ihr/e Ehepartner/in, Lebenspartner/in) leben in einer/einem:
<input type="checkbox"/> Mietwohnung
<input type="checkbox"/> eigenem Haus
<input type="checkbox"/> Eigentumswohnung
Wohnen Sie mietfrei?
<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja, vollständig
<input type="checkbox"/> ja, aber Nebenkosten müssen selber getragen werden
Ist das Wohnrecht vertraglich vereinbart?
<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein

**Angaben zur Wohnung und den Kosten:**

Kaltmiete	EUR
Nebenkosten ohne Heizung und Strom	EUR
Heizkosten	EUR
Wohnungsgröße	
Wurde bei Abschluss des Mietvertrages eine Mietkaution gezahlt?	
<input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> nein	
in Höhe von	EUR

**Bei dauerhaftem Heimeinzug:**

Ihre Wohnung wird / wurde nach dem Auszug:
<input type="checkbox"/> bereits gekündigt, Kosten fallen nicht mehr an.
<input type="checkbox"/> gekündigt, aber aufgrund der Kündigungsfrist ist über die Heimaufnahme die Miete weiterzuzahlen
<input type="checkbox"/> von den Mitgliedern der Familie weitergenutzt
<input type="checkbox"/> wird auf andere Weise genutzt
Monate der Weiterzahlung
Weiterzahlung der Miete bis
Die Wohnung wird von folgendem Familienmitglied weiterbenutzt:
wird folgendermaßen genutzt:

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------