



Antrag auf Pflegegeld

Hinweis:
Auszufüllen vom betroffenen Heim / von der betroffenen Einrichtung.

- Neuantrag**
- Änderung**
- Heimplatzwechsel**
- Verlängerungsantrag**

ab
Tag der Aufnahme der pflegebedürftigen Person in der Einrichtung

Pflegebedürftige Person

Familienname	Vorname (siehe Personalausweis)	Geburtsdatum
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> in eheähnlicher Gemeinschaft	<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft aufgehoben Datum (TT.MM.JJJJ)

Anschrift vor Aufnahme in der Einrichtung

Straße, Hausnummer, Zusatzangaben	Postleitzahl	Ort
-----------------------------------	--------------	-----

Wenn der Wohnort vor der Heimaufnahme nicht in Nordrhein-Westfalen gelegen hat, hat eine verwandte Person 1. oder 2. Grades (z.B. Eltern, Kinder, Geschwister) ihren Wohnsitz in Nordrhein-Westfalen? ja nein
 Falls ja, bitte Nachweis beifügen (z.B. Geburtsurkunde und Personalausweis)

Verwandte Person

Familienname	Vorname (siehe Personalausweis)	Verwandschaftsgrad
Straße, Hausnummer, Zusatzangaben oder Postfach	Postleitzahl	Ort

Betreuende / Bevollmächtigte Person (Nachweis beifügen)

Familienname	Vorname (siehe Personalausweis)
Straße, Hausnummer, Zusatzangaben oder Postfach	Postleitzahl
Telefon (Festnetz oder Mobil)	E-Mail

A. Angaben der Pflegeeinrichtung

Name der Pflegeeinrichtung
Straße, Hausnummer, Zusatzangaben oder Postfach
Postleitzahl
Ort

- Ein Nachweis über die genehmigten gesondert berechenbaren Aufwendungen gemäß [§ 12 Verordnung zur Ausführung des Alten- und Pflegegesetzes \(APG DVO\)](#) ist beifügt. liegt der Behörde bereits vor.
- Das Ergebnis der Festsetzung nach [§ 12 APG DVO](#) und eine Bescheinigung der zuständigen Behörde nach [Wohnteilhabegesetz \(WTG\)](#) über die Erfüllung der qualitativen Voraussetzungen ist beifügt. liegt der Behörde bereits vor.
- Es wird bestätigt, dass die/der Bewohner/in einen Pflegeplatz belegt, der pflegewohnngeldrechtlich bezuschusst werden kann.

Die pflegebedürftige Person ist untergebracht in einem **Einbettzimmer** **Mehrbettzimmer**

Die Investitionskosten je Tag belaufen sich auf €

Vervielfältigung, Nachahmung, Veröffentlichung und Bereitstellung nur mit Genehmigung

B. Angaben zu den Einkommensverhältnissen der pflegebedürftigen Person, zu den Ansprüchen gegen die Pflegekasse sowie zur Beihilfefähigkeit der gesondert berechenbaren Aufwendungen

a) Die Unterlagen zu den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen

sind beigefügt (die beiliegende Anlage ist ausgefüllt) werden nachgereicht.

sind anzufordern bei:

b) Die pflegebedürftige Person hat Ansprüche gegen die gesetzliche Pflegeversicherung im Rahmen des folgenden Pflegegrades (Bescheid ist beigefügt/wird nachgereicht):

Pflegegrad

vorläufig

Datum (TT.MM.JJJJ)

Über den Einstufungsantrag vom wurde noch nicht entschieden

c) Die pflegebedürftige Person ist beihilfeberechtigt

ja

nein

d) Die pflegebedürftige Person hat Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz im Rahmen der Kriegsopferversorge bzw. in Verbindung mit dem Soldatenversorgungsgesetz oder dem Opferentschädigungsgesetz.

ja

nein

e) Aktenzeichen des Sozialhilfeträgers (sofern bekannt)



Hinweis zum Datenschutz

Soweit es für die Bearbeitung des Antrags erforderlich ist, werden Ihre Daten manuell beziehungsweise automatisiert verarbeitet (das heißt insbesondere: Erhoben, erfasst, geordnet, gespeichert und übermittelt; siehe [Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe c und e](#) und [Artikel 4 Nummer 2 Datenschutz-Grundverordnung \(DS-GVO\)](#), [§§ 67a und Folgende Zehntes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB X\)](#), [§ 21 Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen \(APG NRW\)](#)). Ihre zuständige Träger der Sozialhilfe ist hierbei „Verantwortlicher“ im Sinne des [Artikels 4 Nummer 7 DS-GVO](#).

	Ort, Datum	Unterschrift
Pflegebedürftige / Betreuende / Bevollmächtigte Person		
Heimbevollmächtigte Person		

Anlagen

Ergänzungen

Fragebogen zum Pflegegeldantrag

Hinweis: Auszufüllen von der heimbewohnenden Person oder deren vertretungsberechtigten Person

Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass es sich bei einem Anspruch auf Pflegegeld zwar um meinen Anspruch handelt, das Pflegegeld im Falle einer Bewilligung aber an den Träger meiner Pflegeeinrichtung ausgezahlt wird (§ 16 Absatz 4 APG). Die Höhe des Pflegegeldes ist unter anderem von meinen Einkünften und meinem Vermögen abhängig sowie von denen der Person, mit welcher ich in einer Ehe / Lebenspartnerschaft / eheähnlichen Gemeinschaft lebe. Im Übrigen werden die Heimkosten von mir aus eigenen Mitteln getragen.



Angaben zur Person

Heimbewohnende Person	Familienname	Vorname (siehe Personalausweis)		Geburtsdatum
	Geburtsort	Geburtsland/-staat		Staatsangehörigkeit/en
	Pflegeeinrichtung			Tag der Aufnahme in die Einrichtung
	Familienstand <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft* seit Datum <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> in eheähnlicher Gemeinschaft			
Adresse vor Heimaufnahme	Straße, Hausnummer, Zusatzangaben		Postleitzahl	Ort
Person der ehelichen / lebenspartnerschaftlichen / eheähnlichen Gemeinschaft)	Familienname		Vorname (siehe Personalausweis)	
	Geburtsdatum			
Betreuende / Bevollmächtigte Person	Straße, Hausnummer, Zusatzangaben oder Postfach		Postleitzahl	Ort
	Familienname		Vorname (siehe Personalausweis)	
	Geburtsdatum			
	Straße, Hausnummer, Zusatzangaben oder Postfach		Postleitzahl	Ort
	Telefon (Festnetz oder Mobil)		E-Mail	

Einkommen im In- und Ausland (aktuelle Einkommensnachweise beifügen)

Ich bestätige hiermit ausdrücklich, dass ich (und die zweite Person der ehelichen /lebenspartnerschaftlichen / eheähnlichen Gemeinschaft) neben den nachfolgend aufgeführten und eingetragenen Einkommen keine weiteren Einkünfte im Inland und Ausland erhalte / erhalten.

Art	Heimbewohner/in (€ pro Monat)	Partner/in (€ pro Monat)
Arbeitseinkommen	€	€
Altersrente	€	€
Pension/Versorgungsbezüge	€	€
Witwenrente bzw. Witwerrente	€	€
Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente	€	€
Unfallrente	€	€
Zusatz-/Werks-/Betriebsrente, Auslandsrente	€	€
Erträge aus Kapitalvermögen (Zins, Dividende) des letzten Jahres	€	€
Miet-/Pachteinnahmen	€	€
Tabellenwohngeld	€	€
Unterhaltsleistungen	€	€
Kindergeld	€	€
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz	€	€

Art	Heimbewohner/in (€ pro Monat)	Partner/in (€ pro Monat)
Unterhaltshilfe/Entschädigungsrente (Leistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz)	€	€
Sonstige Einkünfte (z. B. Wohnrechtsentschädigung)	€	€

Versicherungen von Ihnen und der zweiten Person der ehelichen /lebenspartnerschaftlichen / eheähnlichen Gemeinschaft
(bitte Nachweise vorlegen)

	Bestehen:	Versicherungsgesellschaft	Höhe des aktuellen Rückkaufwertes
Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		€
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		€
Sonstige Versicherung mit Rückkaufwert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		€
			aktueller Jahresbeitrag
Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		€
Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		€
Weitere Versicherungen (bitte geben Sie jeweils an, um welche Versicherung es sich handelt)	<input type="checkbox"/> nein		€
	<input type="checkbox"/> ja		€

Vorsorge von Ihnen und der zweiten Person der ehelichen /lebenspartnerschaftlichen / eheähnlichen Gemeinschaft
(bitte Nachweise vorlegen)

	Bestehen:	Vertragspartner	Abschlussdatum	aktuelle Höhe in € (inkl. Zinsen)
Bestattungsvorsorgevertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			€
Grabpflegevertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			€

Vermögen im In- und Ausland (bitte Nachweise vorlegen)

Ich bestätige hiermit ausdrücklich, dass ich (und die zweiten Person der ehelichen /lebenspartnerschaftlichen / eheähnlichen Gemeinschaft) neben dem nachfolgend aufgeführten Vermögen im Inland und Ausland kein weiteres habe / haben.

Art	Heimbewohner/in (Wert in €)		Partner/in (Wert in €)	
Bargeld und Guthaben auf dem Taschengeldkonto der Pflegeeinrichtung	€		€	
Guthaben auf dem Girokonto	Nummer	Kreditinstitut	€	€
			€	€
Spar-guthaben			€	€
			€	€

In den letzten 10 Jahren haben weitere Sparbücher/-zertifikate als die hier aufgeführten bestanden, diese wurden jedoch inzwischen aufgelöst:

nein
 ja, Bitte Nachweise vorlegen!

Sparkassenzertifikate/-briefe	€	€
Wertpapiere (Aktien, Fonds, etc.)	€	€
Bankschließfach	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Inhalt	Inhalt

Art	Heimbewohner/in (Wert in €)	Partner/in (Wert in €)
Bausparverträge	€	€
Geschäftsanteile (bei Genossenschaft etc.)	€	€
Altersvorsorge (z. B. Riesterrente)	€	€
Kautiön/en (hinterlegt z. B. beim Vermieter lt. Mietvertrag/bei der Pflegeeinrichtung)	€	€
Sonstiges Vermögen außer Immobilien und KFZ	€	€

Kraftfahrzeug/e im In- und Ausland

Art:	Heimbewohner/in	Partner/in
Kraftfahrzeug/e	Modell; Baujahr; KM-Leistung	Modell; Baujahr; KM-Leistung
Kennzeichen (KFZ-Schein vorlegen)		
	Aktueller Wert des KFZ:	Aktueller Wert des KFZ:
	€	€

Immobilien im In- und Ausland (bitte Nachweise vorlegen)

Sind Sie und/oder Ihr/e Partner/in (Mit-)Eigentümer/in von Immobilien?

- nein
 ja

Art der Immobilie	Lage der Immobilie (bitte Adresse und Grundbuchbezeichnung angeben)	Größe
		Grundstücksfläche
		Wohnfläche

Schenkung, Vermögensübertragungen

Wurde Vermögen vor Heimaufnahme auf andere Personen übertragen (z. B. Haus-/Grundstücksübertragungen/Geldgeschenke/
weitere Schenkungen) bzw. wurde auf Wohnrechte oder sonstige Rechte verzichtet (z. B. durch Löschung im Grundbuch)?

- nein
 ja, vor über 10 Jahren
 ja, in den letzten 10 Jahren

Haben Sie und/oder die zweite Person der ehelichen /lebenspartnerschaftlichen / eheähnlichen Gemeinschaft jemandem
Geldbeträge geliehen (private Darlehen)?

- nein ja

Sollten Sie bei den zuvor genannten Fragen ja angekreuzt haben, füllen Sie bitte die nachfolgenden Zeilen aus (ggf. fügen Sie eine
separate Aufstellung bei):

Begünstigte Person (Name, Adresse)	Art der Zuwendung (was wurde übergeben)	Höhe/Wert der Zuwendung
		€
		€
		€

Sonstiges

Verstarb innerhalb der letzten 3 Jahre ein enger Familienangehöriger (z.B. geehelichte Person, Kind, Elternteil)?

- nein

ja, am , Name und Verwandtschaftsverhältnis:

Wenn ja: 1. Liegt ein Testament vor? nein
 ja

2. Erfolgte(n) nach Ihrer Kenntnis vor dem Tode innerhalb der letzten 10 Jahre Schenkungen?

- nein

ja, am an:

Vertragliche Rechte (bitte Grundlagen vorlegen, z. B. Vertrag, Urteil usw.)

Anspruch auf Wohnrecht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Anspruch auf Hege und Pflege	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nießbrauchrecht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Verpfändungen/Bürgschaften	Begünstigte/r:
	seit wann: aktuelle Höhe: €
Sonstige (privatrechtliche) Ansprüche (z.B. wegen Schadensersatz, Kaufverträge usw.):	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Bitte angeben, um welchen Anspruch es sich handelt

Weitere Angaben

Beihilfeanspruch	Haben Sie und/oder die zweite Person der ehelichen /lebenspartnerschaftlichen / eheähnlichen Gemeinschaft einen Beihilfeanspruch nach Beamtenrecht?		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	gegenüber: Beihilfestelle	
Blindengeld	Erhalten Sie Blindengeld?		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	es wurde ein Antrag gestellt, am <input type="text"/>	
Kriegsopfer	Sind Sie eine kriegsbeschädigte bzw. eine kriegshinterbliebene Person?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sondennahrung	Erhalten Sie in der Pflegeeinrichtung Sondennahrung?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Kranken-/Pflegeversicherung	Kranken-/Pflegekasse	Art der Versicherung	Pflegegrad
		<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	
Schwerbehindertenausweis	Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis?		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> es wurde ein solcher Ausweis beantragt		
	Besitzt die zweite Person der ehelichen /lebenspartnerschaftlichen / eheähnlichen Gemeinschaft (auch) einen Schwerbehindertenausweis?		
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

Angaben zur Wohnung, die vor Heimaufnahme bewohnt wurde und von der zweiten Person der ehelichen / lebenspartnerschaftlichen / eheähnlichen Gemeinschaft auch nach Ihrer Heimaufnahme weiterhin genutzt wird:

1. Wohnt die zweite Person der ehelichen /lebenspartnerschaftlichen / eheähnlichen Gemeinschaft mietfrei?

- nein
 ja, vollständig
 ja, aber es müssen die Nebenkosten getragen werden

Wenn ja: Besteht die Mietfreiheit aufgrund eines vertraglich vereinbarten Wohnrechts?

- ja
 nein

Die Mietfreiheit besteht aus folgendem Grund

2. Angabe zur Wohnung und den Kosten (Nachweis, z.B. Mietvertrag vorlegen)

Kaltniete	Nebenkosten ohne Heizung und Strom	Heizkosten	Wohnungsgröße
€	€	€	m ²

Wurde bei Abschluss des Mietvertrages eine Mietkaution gezahlt?

nein

ja, in Höhe von

	€
--	---

Hinweis zum Datenschutz

Soweit es für die Bearbeitung des Antrags erforderlich ist, werden Ihre Daten manuell beziehungsweise automatisiert verarbeitet (das heißt insbesondere: Erhoben, erfasst, geordnet, gespeichert und übermittelt; siehe [Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe c und e](#) und [Artikel 4 Nummer 2 Datenschutz-Grundverordnung \(DS-GVO\)](#), [§§ 67a und Folgende Zehntes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB X\)](#), [§ 21 Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen \(APG NRW\)](#)). Ihre zuständige Träger der Sozialhilfe ist hierbei „Verantwortlicher“ im Sinne des [Artikels 4 Nummer 7 DS-GVO](#).

Die von Ihnen gemachten Angaben beziehungsweise Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis nach [§ 35 Erstes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB I\)](#) und [§§ 67 - 78 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB X\)](#) und werden aufgrund der [§§ 60 - 65 SGB I](#) für die Leistungen nach dem [SGB XII](#) erhoben. Diese Daten werden für das Entscheiden Ihres Anspruchs auf Leistungen zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Hilfe zum Lebensunterhalt, etc. nach dem [SGB XII](#) und das Erbringen der entsprechenden benötigt. Dazu gehören neben sonstigen Unterlagen und Nachweisen auch Kontoauszüge der letzten sechs Monate von jedem Konto, das von Ihnen oder von Mitgliedern Ihrer Bedarfsgemeinschaft geführt wird. Wir weisen darauf hin, dass Angaben zu Empfänger und Verwendungszweck bestimmter Soll-Buchungen, die keinen Bezug zu Ihren SGB XII-Leistung haben, auf den Kopien der Kontoauszüge geschwärzt werden können. Angaben im Buchungstext über die rassische oder ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder philosophische Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, Gesundheit oder Sexualleben, können geschwärzt werden (Beispiel: bei Beiträgen an Parteien, Gewerkschaften, religiösen Vereinigungen etc. der Name der Organisation). Der Rest des Buchungstextes sollte sichtbar bleiben. Der Buchungsbetrag selbst darf nie geschwärzt werden. Nicht schwärzen dürfen Sie sämtliche Angaben zu den Haben-Buchungen, den Kontoständen (Saldo am Ende des Auszuges) und zu allen Soll-Buchungen, die für die Feststellung und Berechnung der Leistungen nach dem [SGB XII](#) notwendig sind (Mietzahlungen, Heizkosten, Stromzahlungen, Zahlungen für Unterhalt, Versicherungsbeiträge, Bausparverträge, etc.). Die zuständige Stelle kann in begründeten Einzelfällen, besonders bei Verdacht eines Leistungsmissbrauchs, eine erneute Vorlage von Kontoauszügen ohne Schwärzung fordern.

Die von Ihnen vorgelegten Kontoauszüge dürfen in den Akten der zuständigen Stelle aufbewahrt/gespeichert werden, sofern diesen Tatsachen zu entnehmen sind, die sich unmittelbar auf die Anspruchsvoraussetzungen der von Ihnen beantragten Leistungen nach dem [SGB II](#) auswirken. Sind Ihre Kontoauszüge oder Kopien nicht mehr erforderlich, erhalten Sie diese zurück oder die entsprechenden Kopien werden datenschutzkonform vernichtet. Darüber entscheidet jeweils im Einzelfall die zuständige Stelle.

Hinweise zur Antragsstellung

Das Sozialamt hat auf meine / unsere Mitwirkungspflicht bei der Feststellung sozialhilferechtlicher Hilfebedürftigkeit unter Bezugnahme auf [§ 60 Absatz 1 Nummer 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch](#) -Allgemeiner Teil- hingewiesen.

Mir/uns ist bekannt, dass falsche oder unvollständige Angaben die Einleitung eines Strafverfahrens ([§ 263 Strafgesetzbuch](#)) nach sich ziehen können.

	Ort, Datum	Unterschrift
Pflegebedürftige / Betreuende / Bevollmächtigte Person		
Person der ehelichen / lebenspartnerschaftlichen / eheähnlichen Gemeinschaft		

Ergänzungen

Verarbeitung von personenbezogenen Daten innerhalb des Online-Formulars

Sie haben sich für den elektronischen Weg der Kommunikation mit dem Kreis Herford entschieden. Zur Bearbeitung Ihres Anliegens ist die Verarbeitung personenbezogener Daten erforderlich. Für den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten haben wir alle technischen und organisatorischen Maßnahmen getroffen, um ein hohes Schutzniveau zu schaffen. Wir halten uns dabei strikt an die aktuellen datenschutzrechtlichen Vorgaben. Nähere Informationen zum Datenschutz, Ihren Ansprechpartner sowie Informationen zur Verarbeitung gem. Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter der Datenschutzerklärung.

- Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und nehme diese zur Kenntnis. Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben und Daten elektronisch zu den in der Datenschutzerklärung erläuterten Zwecken erhoben und gespeichert werden.