Eingangsstempel:

Lahn-Dill-Kreis
Abteilung Soziales und Integration

Antrag auf Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII)

Sehr geehrte Damen und Herren,
anliegenden Sozialhilfeantrag erhalten Sie mit der Bitte um baldige Entscheidung.

1. Leistungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Die Heimaufnahme ist erfolgt / soll erfolgen

☐ Kurzzeitpflege- und / oder Verhinderungspflege ☐ vollstationäre Pflege

Name der Einrichtung | Aufnahmetag

Anschrift der Einrichtung (Straße, Hausnr., PLZ, Ort)

2. Angaben des/der Antragsteller/in (Heimbewohner/in)

Name, ggf. Geburtsname | Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl | Wohnort (vor Heimaufnahme)

Geburtsdatum | Geburtsort und -land | Staatsangehörigkeit

Telefon | Mobiltelefon | E-Mail-Adresse

☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ geschieden
☐ verwitwet ☐ eingetr. Lebenspartnerschaft
▸ bitte Scheidungsurteil beifügen!

Familienstand seit:

Wurde ein **Schwerbehindertenausweis** ausgestellt/beantragt? ▸ bitte Ausweis beifügen	☐ Ja ☐ Nein	Merkzeichen	
		GdB	

Besteht ein **Betreuungsverhältnis / Vormundschaft?** ▸ bitte Betreuerausweis beifügen	☐ Ja ☐ Nein
Liegt eine **Bevollmächtigung** vor? ▸ bitte Vollmacht beifügen	☐ Ja ☐ Nein

Wohnsituation der antragstellenden Person **vor Heimaufnahme**		
☐ Haus- oder Wohnungseigentum	☐ Wohn- / Insitz- / Nießbrauchrecht	☐ Mietverhältnis
Lebt die antragstellende Person mit einer anderen als den unter Punkt 5 genannten Personen in einer häuslichen Gemeinschaft?		
☐ Nein		
☐ Ja	Vor- und Nachname:	

Aufenthaltsverhältnisse der letzten 2 Monate vor Heimaufnahme ist nur auszufüllen, wenn der Wohnort der letzten 2 Monate nicht mit dem bereits vorgenannten Wohnort übereinstimmt		
von:	bis:	Straße, Ort:
von:	bis:	Straße, Ort:
von:	bis:	Straße, Ort:

Erfolgte die **Einreise aus dem Ausland?**	☐ Ja ☐ Nein	Jahr des Zuzugs:	
		von/aus:	
Aufenthaltsrechtlicher Status: ▸ bitte Nachweis beifügen			
Wurde die **Anerkennung** als Aussiedlerin / Aussiedler / Vertriebene / Vertriebener / Asylberechtigte / Asylberechtigter **beantragt?** ▸ bitte Nachweise beifügen	☐ Ja ☐ Nein	Ergebnis:	
Wurde nach Grenzübertritt **Sozialhilfe** bezogen?	☐ Ja ☐ Nein	von:	
		bis:	
		Zahlende Stelle:	

Bestehen **Ansprüche nach dem sozialen Entschädigungsrecht (SGB XIV) oder auf vergleichbare Leistungen entsprechend anzuwendender Gesetze** (z. B. Bundesentschädigungsgesetz)? ▸ bitte Kopie des Bescheides beifügen		
☐ Nein		
☐ Ja, als:	☐ Beschädigte/ Beschädigter	☐ Hinterbliebene/Hinterbliebener (Witwe/Witwer, Waise, Eltern)
Hat **eine Familienangehörige/ein Familienangehöriger** (Eltern, Ehegatte, sonstige Angehörige/Angehöriger, etc.) **Ansprüche als Beschädigter** nach den vorgenannten Gesetzen? ▸ bitte Kopie des Bescheides beifügen		
☐ Nein		
☐ Ja	Verwandtschaftsverhältnis:	

3. Angaben des/der Betreuers/in oder Bevollmächtigen (Kontaktperson) (sofern abweichend von Nr. 2)

Name	Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl	Wohnort

Telefon	Mobiltelefon	E-Mail-Adresse

4. Ansprüche gegen Dritte

Besteht eine Mitgliedschaft in einer **Kranken- / Pflegeversicherung?**	☐ Ja ☐ Nein
Name der Kranken- / Pflegeversicherung:	
Versicherungsnummer:	
Versicherungsart:	☐ pflichtversichert ☐ Rentner/in ☐ als Familienangehörige/r des/der: ☐ freiwillig ☐ privat ☐ nach § 264 SGB V

Wurde dort die **Kostenübernahme** für die Kurzzeit-/Verhinderungspflege bzw. vollstationäre Pflege **beantragt?**	
☐ Ja ☐ Nein	wenn ja, am:
Ist bereits ein **Pflegegrad** festgesetzt worden? ▸ bitte Bescheid d. Pflegekasse beifügen	☐ Ja ☐ Nein
Pflegegrad:	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Bestehen **Ansprüche gegen einen Rentenversicherungsträger,** weil mehr als 180 Beitragsmonate nachgewiesen wurden? ist nur auszufüllen, wenn die Heimbewohnerin/ der Heimbewohner nicht bereits selbst Rentenempfängerin / Rentenempfänger ist	
☐ Ja ☐ Nein	wenn ja, bei:

Ist eine **Behinderung / Beeinträchtigung auf einen Unfall** bzw. eine andere **schadensersatzpflichtige Handlung** durch eine andere Person oder eine **Berufskrankheit** zurückzuführen? ▸ ggf. bitte kurze Sachverhaltsschilderung auf einem Beiblatt abgeben		☐ Ja ☐ Nein
☐ Schadensersatzansprüche geltend gemacht	am:	
	gegen:	
☐ Schadensansprüche noch nicht geltend gemacht		
Name des Schädigers:		
Falls bekannt, dessen Haftpflichtversicherung:		

Besteht ein **Beihilfeanspruch** nach / analog den Beihilfevorschriften des öffentlichen Dienstes?	☐ Ja ☐ Nein
wenn ja, Bezeichnung, Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle angeben:	

Bestehen **sonstige Ansprüche?** (z. B. Unterhaltsansprüche, Lebensversicherung, private Unfallversicherungen, Sterbegeldversicherungen, Wohn- / Insitz- / Nießbrauchrecht, Leibrente, etc.)	☐ Ja ☐ Nein
wenn ja, bitte Höhe, Bezeichnung, Versicherungsnummer und Anschrift des/der Verpflichteten angeben:	

5. Angaben zu Angehörigen

	(geschiedener / getrenntlebender) **Ehegatte / Lebenspartner/in**	**Mutter**	**Vater**
Name, ggf. Geburtsname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Familienstand			
Straße, Hausnr.			
PLZ, Ort			
Ausgeübter Beruf			
Arbeitgeber			

	Kind	**Kind**	**Kind**
Name, ggf. Geburtsname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Familienstand			
Straße, Hausnr.			
PLZ, Ort			
Ausgeübter Beruf			
Arbeitgeber			

Verfügt eine oder verfügen mehrere der vorgenannten Personen über ein jährliches Bruttoeinkommen von mindestens 100.000,00 €?		☐ Ja ☐ Nein
wenn ja, wer? (bitte Name und Anschrift):	1.)	
	2.)	

6. Einkommensverhältnisse

der **antragstellenden Person** und der gesteigert unterhaltspflichtigen **Angehörigen**
(bei Verheirateten: Ehegatte; bei eingetragenen Lebenspartnerschaften: Lebenspartner/in oder Partner/in in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft)

Name des/ der Einkommensbeziehers/ Einkommensbezieherin	Einkommensart (Gehalt, Rente, Leistungen nach SGB II, SGB XII, Zinsen, etc.)	Betrag in €	Zahlende Stelle

▸ bitte Belege beifügen

Wurde eine **Rente**, eine **Lohnersatzleistung** (z. B. Arbeitslosengeld, Krankengeld, Übergangsgeld) oder eine andere **Sozialleistung** (z. B. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) beantragt oder bereits bewilligt?	☐ Ja ☐ Nein
wenn ja, beantragte Leistung und Name der zur Zahlung verpflichteten Stelle angeben	

7. Vermögensverhältnisse

der **antragstellenden Person** und der gesteigert unterhaltspflichtigen **Angehörigen**
(bei Verheirateten: Ehegatte; bei eingetragenen Lebenspartnerschaften: Lebenspartner/in oder Partner/in in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft)

Es sind folgende Vermögenswerte vorhanden:

▸ bitte Nachweise (insbesondere Kontoauszüge der letzten drei Monate) beifügen

1. **Bargeld** ☐ Ja ☐ Nein Betrag in €

2. **Bankguthaben**

	IBAN	Bank / Sparkasse	aktueller Stand
Girokonten			

☐ Nein, es sind keine Girokonten vorhanden.

	Sparbuch-Nummer	Bank / Sparkasse	aktueller Stand
Sparbriefe/ Tagesgeld-konten/ Sparbücher etc.			

☐ Nein, es sind keine der vorgenannten Anlagemöglichkeiten vorhanden.

	Vertragsnummer	Bank / Sparkasse	aktueller Stand
Bauspar-verträge			

☐ Nein, es sind keine Bausparverträge vorhanden.

3. **Sonstige Vermögenswerte**

		Wert in €
Lebensversicherung(en)	☐ Ja ☐ Nein	
Sterbegeldversicherung(en) oder andere Bestattungsvorsorge – s. auch Anlage *Erklärung Bestattungsvorsorge*	☐ Ja ☐ Nein	
Aktien / Fonds / Wertpapiere	☐ Ja ☐ Nein	
Bankschließfach	☐ Ja ☐ Nein	
Kraftfahrzeuge (PKW, Motorrad, Wohnmobil, etc.)	☐ Ja ☐ Nein	
Sonstiges Vermögen (Sachwerte, Erbschaftsansprüche, etc.)	☐ Ja ☐ Nein	

4. Grundvermögen

☐ Hausgrundstück	☐ Wohnungseigentum	☐ Miteigentum
Anschrift:		
Gemarkung, Flur, Flurstück:		
ggf. Anzahl der Wohnungen:		Größe der Wohnungen:
Grundstücksgröße:		Miteigentumsanteil:
☐ Grünland	☐ Ackerland	☐ anderes:
Gemarkung, Flur, Flurstück		
☐ Grünland	☐ Ackerland	☐ anderes:
Gemarkung, Flur, Flurstück		
☐ Grünland	☐ Ackerland	☐ anderes:
Gemarkung, Flur, Flurstück		

5. Früheres Vermögen

Ich / Wir haben in den letzten 10 Jahren Vermögenswerte verschenkt oder veräußert bzw. Grundbesitz übertragen (Schenkung, Übergabevertrag, etc.) bzw. Rechte gelöscht oder aufgegeben (Wohn- / Insitz- / Nießbrauchrecht). ▸ bitte Nachweise beifügen	☐ Ja ☐ Nein
Folgendes Vermögen wurde	☐ veräußert ☐ übertragen ☐ verschenkt
Bezeichnung:	
an (Name, Anschrift):	
Wert:	Datum:

8. Weitere Mitteilungen (optional)

9. Erklärung der antragstellenden Person oder des/der gesetzlichen Vertreters/Vertreterin

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben **vollständig** sind und der **Wahrheit** entsprechen. Ich verpflichte mich, alle **Änderungen**, die für die Bewilligung der Leistung maßgebend sind – insbesondere der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse – unverzüglich und unaufgefordert **mitzuteilen**.

Im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Erstes Buch (I) (§§ 60 ff. SGB I) bin ich verpflichtet, die Ärzte, die mich behandeln oder behandelt haben oder denen ich vorgestellt worden bin oder werde, auf Anforderung von der ärztlichen **Schweigepflicht** gegenüber dem Träger der Sozialhilfe **zu entbinden**, soweit dies für die Sozialhilfeleistung erforderlich ist.

Zur **Auskunftserteilung** durch Ärzte, Banken/Sparkassen usw. ist im Einzelfall noch eine besondere Erklärung notwendig.

Komme ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur **Versagung der Leistungen** führen (§ 66 SGB I). Mir ist bekannt, dass nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben außerdem eine strafrechtliche Verfolgung wegen Betruges möglich ist.

Meine **personenbezogenen Daten** werden zur Leistungserbringung in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert. Über Art und Umfang der Datenerfassung wurde ich mit dem beigefügten Informationsblatt gemäß Artikel 13 & 14 DS-GVO aufgeklärt. Insofern gilt meine untenstehende Unterschrift auch als datenschutzrechtliche Einwilligung.

Ich habe **sämtliche weiteren Anlagen** zu diesem Antrag zu Kenntnis genommen und sofern zutreffend **ausgefüllt** und **unterschrieben**.

Der Lahn-Dill-Kreis kann jederzeit die gemachten Angaben überprüfen. Ich wurde darauf hingewiesen, dass gemäß § 93 Abs. 8 der Abgabenordnung (AO) die Möglichkeit der **Kontenabfrage** besteht und im Bedarfsfall gegebenenfalls davon Gebrauch gemacht werden kann.

☐ Ich **willige ein**, dass der Lahn-Dill-Kreis, Fachdienst Hilfe zur Pflege, zur Sachverhaltsaufklärung erforderliche **Auskünfte** bei den unter Ziffer 6 genannten Stellen **einholt** und die hierfür notwendigen Daten übermittelt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe einer Begründung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung haben keine unmittelbaren rechtlichen Nachteile. Allerdings kann dies dazu führen, dass bereits erhobene Sozialdaten (z. B. bereits gemachte Angaben oder vorgelegte Unterlagen) erneut zu Verfügung gestellt werden müssen, was die Bearbeitung des Antrages verzögern kann.

Ort, Datum	**Unterschrift Antragsteller/in oder bevollmächtige Person bzw. rechtliche Betreuung**

Den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Antrag inkl. sämtlicher Anlagen können Sie per Mail an hzp@lahn-dill-kreis.de, postalisch an

Kreisausschuss des Lahn-Dill-Kreises
Abteilung Soziales und Integration
Postfach 19 40
35529 Wetzlar

senden oder in einer unserer Dienststellen an den Verwaltungsstandorten Wetzlar oder Dillenburg persönlich abgeben.

Bitte heften oder klammern Sie die Unterlagen **nicht,** da wir die Belege/Kopien einzeln scannen.

Lahn-Dill-Kreis

Erklärung Bestattungsvorsorge

Name, ggf. Geburtsname	Vorname

Um neben der Vermögensfreigrenze weiteres Vermögen in angemessener Höhe zum Zwecke der Bestattungsvorsorge anzuerkennen, bitten wir Sie die nachfolgenden Angaben über Ihren gewünschten Bestattungsort sowie Ihre gewünschte Bestattungsart zu machen.

Angabe zur Bestattungsvorsorge

Vorsorgeart ▸ sofern vorhanden bitte Nachweise beifügen	☐ Es besteht keine Bestattungsvorsorge. ☐ Bestattungsvorsorgevertrag ☐ Sterbegeldversicherung

Angaben zur Bestattung

Gewünschter Bestattungsort	☐ letzter Wohnort vor Heimaufnahme ☐ anderer Ort:
Gewünschte Bestattungsart	☐ Erdbestattung (Sarg) ☐ Feuerbestattung (Urne) ☐ Friedwald ☐ andere Bestattungsart:

Weitere Mitteilungen (optional):

Ort, Datum	**Unterschrift Antragsteller/in oder bevollmächtige Person bzw. rechtliche Betreuung**

Lahn-Dill-Kreis

Erklärung Sondennahrung

Name, ggf. Geburtsname	Vorname

Aufgrund eines Urteils des Bundesgerichtshofes ist bei Heimbewohnern, die dauerhaft durch Sonde ernährt werden, ein Anteil an den Verpflegungskosten in Abzug zu bringen, da die Kosten der Sondennahrung durch die Krankenkasse übernommen werden.

☐ Ich erhalte keine Sondennahrung.

☐ Ich erhalte dauerhaft Sondennahrung ab/seit

☐ Ich erhalte Sondennahrung als Nahrungsergänzung zusätzlich zu den Mahlzeiten.

Ort, Datum	**Unterschrift Antragsteller/in oder bevollmächtige Person bzw. rechtliche Betreuung**

Lahn-Dill-Kreis

Erklärung Darlehen Zuzahlung

Name, ggf. Geburtsname	Vorname

Ich wurde vom Kreisausschuss des Lahn-Dill-Kreises mit einem Infoblatt über die Möglichkeit der Darlehensgewährung für die Zuzahlung von Eigenanteilen zu Gesundheitsleistungen in Höhe der Belastungsgrenze sowie über die Rückzahlungsmodalitäten umfassend informiert.

☐ Ich nehme das Darlehen nicht in Anspruch.

☐ Ich nehme das Darlehen in Anspruch.

Name der Krankenkasse:	
Versicherungsnummer:	
Liegt eine chronische Erkrankung vor?	☐ Ja ☐ Nein

Ort, Datum	**Unterschrift Antragsteller/in oder bevollmächtige Person bzw. rechtliche Betreuung**

Vollmacht Wohngeldverfahren

Vollmachtgeber/in:
(Heimbewohner/In)

Name, ggf. Geburtsname	Vorname

Geburtsdatum	Geburtsort und -land

Bevollmächtigter

Kreisausschuss des Lahn-Dill-Kreises, Abteilung Soziales und Integration, FD 41.6
Leistungsträger

Karl-Kellner-Ring 55 / Wilhelmstr. 20	35576 Wetzlar / 35683 Dillenburg
Straße, Hausnummer	PLZ Ort

Die Vollmacht umfasst insbesondere die Befugnis, in meinem Namen einen Wohngeldantrag zu stellen, Rechtsmittelverfahren durchzuführen, Wohngeldzahlungen entgegenzunehmen und – soweit gesetzlich zulässig – auf die Sozialhilfeleistungen anzurechnen. Ein etwaiger Überschuss ist mir zu erstatten.

Ort, Datum	**Unterschrift Antragsteller/in oder bevollmächtige Person bzw. rechtliche Betreuung**

Vollmacht gemäß § 13 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB X)

Vollmachtgeber/in:
(Heimbewohner/In)

Name, ggf. Geburtsname	Vorname

Geburtsdatum	Geburtsort und -land

Bevollmächtigte/r

Name, ggf. Geburtsname	Vorname

Straße, Hausnummer	PLZ Ort

Die Vollmacht ermächtigt den Bevollmächtigten/ die Bevollmächtigte zu allen das Verwaltungsverfahren betreffenden Verfahrenshandlungen, die sich aus der Geltendmachung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) ergeben, sofern sich aus ihrem Inhalt nicht etwas anderes ergibt. Der oder die Bevollmächtigte hat auf Verlangen seine/ ihre Vollmacht schriftlich nachzuweisen. Ein Widerruf der Vollmacht wird der Behörde (Abteilung Soziales und Integration) gegenüber erst wirksam, wenn er ihr zugeht.

Ort, Datum	**Unterschrift Vollmachtgeber/in**

Informationsblatt
gemäß Artikel 13 &14 Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO)

Gemäß Art. 13 & 14 DS-GVO sind wir verpflichtet, Sie über die wesentlichen Inhalte der Verarbeitung Ihrer personenbezogenenDaten, die uns zugegangen sind/zur Verfügung gestellt wurden, zu informieren.

1.	**Kontaktdaten**	
1.1	Verantwortlicher gem. Art. 4 Ziffer 7 DS-GVO für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist:	Der Kreisausschuss des Lahn-Dill-Kreises, Karl-Kellner-Ring 51, 35576 Wetzlar, Telefon: 06441-407-0, E-Mail: info@lahn-dill-kreis.de
1.2	Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten gem. Art. 37 ff. DS-GVO in Verbindung mit §§ 5 ff. HDSIG	Datenschutzbeauftragter des Lahn-Dill-Kreises Telefon: 06441-407-2750, E-Mail: datenschutz@lahn-dill-kreis.de
2.	**Zweck, Umfang und Erforderlichkeit der Datenverarbeitung**	
2.1	Die erhaltenen personenbezogenen Daten werden zu folgendem Zweck erhoben und verarbeitet:	Durchführung von Vergabeverfahren und Vergabe von öffentlichen Aufträgen.
2.2	Die Rechtsgrundlage für die oben geschilderte Datenverarbeitung findet sich in:	Art. 6 Abs. 1 Buchstaben b, c und e DSGVO i.V.m. § 3 HDSIG, nationales und europäisches Vergaberecht (u.a. GWB, VgV, VOB, VOL, HVTG, UVgO).
2.3	Bei den verarbeiteten Daten handelt es sich um nebenstehende Datenkategorien:	Persönliche Kontaktdaten und Namen von Unternehmen. Soweit es sich um natürliche Personen oder Personengesellschaften handelt: Name, Vorname, Adresse, Kontaktdaten. Daten zur Qualifikation/Eignung eingesetzter Beschäftigter des Unternehmens. Angaben zu Referenzen.
2.4	Ihre Daten werden zur Erfüllung des oben genannten Zwecks an die neben benannten Empfänger weitergeleitet. Eine Weiterleitung an Drittländer oder internationale Organisationen erfolgt nicht.	Planer und Berater im Vergabeverfahren, verfahrensbetreuende Rechtsanwälte, ggf. Gremien des Lahn-Dill-Kreis, Bundesamt für Justiz (GZR Auskunft), Mitbieter/Mitbewerber, ggf. Nachprüfungsstellen.
2.5	Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist aus den neben genannten Gründen erforderlich.	Ohne die Angabe der erforderlichen Daten ist die Beteiligung am Vergabeverfahren und eine Zuschlagserteilung nicht möglich.
3.	**Dauer der Speicherung**	
	Ihre Daten werden bei uns entsprechend den rechtlichen Vorgaben für die nebenstehend angegebene Dauer gespeichert. Danach werden sie gelöscht.	Gemäß der haushaltsrechtlichen Aufbewahrungs- fristen bzw. solange sie zur Aufgabenerfüllung und Dokumentation erforderlich sind. Die erhobenen Daten werden nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren gelöscht.

4.	**Datenquelle**	
	Ihre Daten wurden uns von nebenstehender Stelle weitergeleitet:	Vergabeplattform eHAD, von Ihnen gemachteAngaben.
5.	**Ihre Rechte als Betroffene/r**	

Als betroffene Person haben Sie ein Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten gem. Art. 15 DS-GVO, ein Recht auf Berichtigung unrichtiger personenbezogener Daten gem. Art. 16 DSGVO, ein Recht auf Löschung Ihrer personenbezogenen Daten gem. Art. 17 DS-GVO, ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung gem. Art. 18 DS-GVO, ein Recht auf Datenübertragbarkeit bei Vorliegen der Voraussetzungen des Art. 20 DSGVO sowie ein Recht auf Widerspruch gegen dieVerarbeitung nach Art. 21 DS-GVO haben. Sofern die Datenverarbeitung auf Grundlage Ihrer Einwilligung erfolgt, haben Sie das Recht, diese im Sinne von Art. 6 Abs. 1 lit. a oder Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird. Weiterhin haben Sie gem. Art. 77 DS-GVO das Recht der Beschwerde wegen der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten bei der Aufsichtsbehörde, dem **Hessischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit, Postfach 3163, 65021 Wiesbaden**.

Entbindung von der Schweigepflicht

Name, ggf. Geburtsname	Vorname

Geburtsdatum	Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort vor Heimaufnahme)

Ich erkläre mich im Zuge der von mir beantragten Hilfe zur Pflege auf der Rechtsgrundlage der §§ 61 ff. SGB XII damit einverstanden, dass meine behandelnden Ärzte, die mich behandelnden Kliniken, die mich betreuenden Pflegekräfte, Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen sowie meine anderen Therapeuten (z.B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie, etc.)

dem Lahn-Dill-Kreis, Abteilung Soziales und Integration,

Auskünfte über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Erkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit zu erteilen und entsprechende Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die zur Bearbeitung des Antrages für den konkreten Einzelfall benötigt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Sozialhilfeträger bei den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen anfordert, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt. Dies schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass mein Sozialhilfeträger Daten, die er im Zusammenhang mit einem ärztlichen Gutachten wegen der von mir beantragten Leistung erhält, an einen anderen Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt) oder für eigene Aufgaben an einen sonstigen Dritten (bspw. einen anderen Gutachter) weitergibt, falls dies erforderlich ist.

Ich kann die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass, wenn ich meiner Mitwirkungspflicht nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Erstes Buch (I) (§§ 60 ff. SGB I) nicht nachkomme, dies zur Versagung der Leistung gem. § 66 SGB I führen kann.

Ort, Datum	**Unterschrift Antragsteller/in oder bevollmächtige Person bzw. rechtliche Betreuung**

Lahn-Dill-Kreis

Merkblatt Antragsunterlagen

- Vollständig ausgefüllter und unterschriebener Antrag auf Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII
- Erklärung Sondennahrung
- Erklärung Bestattungsvorsorge
- Erklärung Darlehen Zuzahlung
- Vollmacht Wohngeldverfahren
- Entbindung von der Schweigepficht
- Kopien der Kontoauszüge von allen allein und/oder gemeinschaftlich (bei Ehegatten, Lebenspartnern/Innen) geführten Konten der letzten 3 Monate vor Heimaufnahme
- Kopien der Sparbücher von allen allein und/oder gemeinschaftlich (bei Ehegatten, Lebenspartner/Innen) geführten Sparbüchern der letzten 3 Monate vor Heimaufnahme
- Kontenübersicht (Gesamtengagement, Kundenfinanzstatus, Saldenbestätigung) zum Stichtag der Heimaufnahme – ausgestellt vom jeweiligen Kreditinstitut, bei dem Konten, Sparbücher o.ä., geführt werden
- Nachweise über Lebens- oder Sterbegeldversicherungen, Bestattungsvorsorgen sowie sonstige Bestattungsrücklagen (auch für Ehegatten, Lebenspartner/Innnen)
  - Kopie(n) der Versicherungspolice(n), Nachweise über deren aktuelle Rückkaufswerte, Kopie des Bestattungsvorsorgevertrages, Nachweis der Bestattungsrücklagen
- Bei Haus- und Grundvermögen: Kopie des Grundbuchauszuges
  - Sofern innerhalb der letzten 10 Jahre vor Heimaufnahme Grundvermögen verkauft, veräußert oder verschenkt wurde: Kopie des Übergabe-, Schenkungs- oder Kaufvertrages
- Aktuelle Einkommensnachweise (auch von Ehegatten, Lebenspartnern/Innen)
  - Aktueller Rentenbescheid, Bezügemitteilungen, Bescheid über Blindengeld
  - Aktuelle Bescheinigungen über Betriebsrenten, Firmenrenten, Zusatzversorgung
  - Vertrag über Leibrenten, Schadensersatzansprüche, Versicherungsleistungen
- Kopie des Betreuerausweises oder einer Vorsorge-/Generalvollmacht
- Kopie des Schwerbehindertenausweises, sofern vorhanden (auch des Ehegatten, Lebenspartnerns/In)

- Bescheid(e) der Pflegekasse über die Gewährung von
  - Vollstationären Leistungen
  - Leistungen der Kurzzeit-/ Verhinderungspflege, einschließlich des Nachweises über die Höhe des zur Verfügung stehenden Entlastungsbetrages
  - Über die Höhe des aktuell gültigen Leistungszuschlages

- Bei bestehendem Mietverhältnis:
  - Mietbescheinigung (ausgefüllt und unterschrieben von dem Vermieter)
  - Kopie des Mietvertrages
  - Nachweise über Verbrauchskosten
  - Nachweise über bestehende Versicherungen
  - Kopie der Mietvertragskündidung und der Kündigungsbestätigung, sofern Haus/ Wohnung nicht weiter durch Ehegatten, Lebenspartner/In bewohnt

- Bei bestehendem Grundvermögen:
  - Kopie des aktuellen Grundsteuerbescheides
  - Nachweise über Heizkosten
  - Nachweise über Verbrauchskosten
  - Nachweise über bestehende Versicherungen

Hinweis:
Die Renten sind ab dem Tag der Heimaufnahme bzw. Antragstellung in voller Höhe an das Pflegeheim zu zahlen; im Aufnahmemonat anteilig und ab dem Folgemonat in voller Höhe. Bei Ehegatten, Lebenspartnern/Innen wird aus dem gemeinsamen Einkommen ein monatlicher Kostenbeitrag errechnet, welcher direkt an die Pflegeeinrichtung abzuführen ist. Erfolgt eine Kurzzeit-/ Verhinderungspflege ohne anschließende vollstationären Unterbringung, wird aus dem Einkommen ebenfalls ein Kostenbeitrag errechnet.

Den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Antrag inkl. sämtlicher Anlagen können Sie per Mail an hzp@lahn-dill-kreis.de, postalisch an

Kreisausschuss des Lahn-Dill-Kreises
Abteilung Soziales und Integration
Postfach 19 40
35529 Wetzlar

senden oder in einer unserer Dienststellen an den Verwaltungsstandorten Wetzlar oder Dillenburg persönlich abgeben.

Bitte heften oder klammern Sie die Unterlagen **nicht,** da wir die Belege/Kopien einzeln scannen.