

# Informationsblatt zur Beantragung von ambulanter Hilfe zur Pflege

## Gesetzliche Grundlagen:

§§ 2, 18 Abs. 1, 61 ff, 90 SGB XII i. V. m. DVO zu § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII

## Einsetzen der Hilfe:

Hilfe zur Pflege setzt gemäß § 18 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) erst dann ein, wenn dem Sozialhilfeträger bekannt wird, dass die Voraussetzungen für die jeweilige Leistung vorliegen.

## Einkommen:

Grundsätzlich ist ein Einkommenseinsatz oberhalb der Einkommensgrenze nach § 85 SGB XII zu fordern. Die Einkommensgrenze setzt sich aus einem Grundbetrag in Höhe des zweifachen Eckregelsatzes entsprechend der Anlage zum § 28 SGB XII, u. U. einem Familienzuschlag, sowie den angemessenen Wohnungskosten inkl. der Heizkosten zusammen. Die Höhe der Wohnungskosten ist hierbei begrenzt und darf nur bis zum Betrag der sozialhilferechtlich angemessenen Wohnungskosten anerkannt werden.

Vom Einkommen dauerhaft in Abzug zu bringen ist grundsätzlich nur der Betrag für eine angemessene Privathaftpflicht- und einer entsprechenden Hausratversicherung. Für die Haftpflichtversicherung liegt die maximal berücksichtigungsfähige Höhe derzeit bei 10 € monatlich. Die Angemessenheit der Hausratversicherung ist jeweils im Einzelfall zu prüfen.

## Vermögen:

Gemäß § 2 SGB XII erhält Sozialhilfe nicht, wer sich durch den Einsatz seines Einkommens und Vermögens selbst helfen kann. Demnach sind Vermögenswerte, welche die jeweiligen Vermögensschongrenzen überschreiten, zunächst zur Kostendeckung einzusetzen.

Für die Gewährung von Hilfe zur Pflege liegt die allgemeine Vermögensschongrenze gem. § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII i. V. m. der Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII (DVO) bei 10.000 € für alleinstehende Personen und bei 20.000 € für Personen in Lebensgemeinschaften.

Weiterhin besteht die Möglichkeit, dass eine angemessene Bestattungsvorsorge als geschütztes Vermögen im Rahmen des § 90 Abs. 3 SGB XII anerkannt wird. Hierfür muss vor Bekanntgabe der Hilfebedürftigkeit bzw. Einzug in die ambulante Pflegeeinrichtung ein Bestattungsvorsorgevertrag mit einem Bestattungsunternehmen unterzeichnet werden. Der so für eine Bestattung abgesicherte Betrag darf nach Maßgabe des Kreises Unna eine Summe von 6.500 € nicht überschreiten.

---

## Grundsätzlich gilt:

Im Bereich der ambulanten Hilfe zur Pflege kann sich der Kreis Unna als Sozialhilfeträger nur an den tatsächlichen (Rest-)Kosten der Pflege beteiligen. Die Zuständigkeit für Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt oder der Grundsicherung für die eventuelle Übernahme von Mietkosten oder anderweitigen Hilfen verbleibt bei der jeweiligen Ortsbehörde.

Ich bestätige hiermit, die obenstehenden Informationen zur Kenntnis genommen zu haben. Bei Fragen hierzu wende ich mich an die sachbearbeitende Person.

# Auskunftsverpflichtung und Datenerfassung

## Gesetzliche Grundlage

§§ 35 Abs. 1, 60 ff SGB I, § 93 Abs. 8 AO, § 263 StGB

Hinweis auf § 35 Abs. 1 des Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I)

**Die mit diesem Vordruck erfragten Angaben werden aufgrund der §§ 60 – 65 des SGB I erhoben.**

## Angabe von Tatsachen - § 60 Abs. 1 Nr. 1 SGB I

Wer Sozialhilfe 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.

## Folgen der fehlenden Mitwirkung - § 66 Abs. 1 SGB I

Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 – 62, 65 SGB I nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn die antragstellende oder leistungsberechtigte Person in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass der Kreis Unna einzelfallbezogen und bedarfsgerecht gem. § 93 Abs. 8 Abgabenordnung (AO) ein Kontenabrufverfahren beim Bundesamt für Finanzen veranlassen kann. Dabei werden meine Konto- und Depotverbindungen bei allen Kreditinstituten abgerufen. Von dieser Möglichkeit wird Gebrauch gemacht, wenn Mitwirkungspflichten nicht oder nicht ausreichend nachgekommen wird und weitere Bemühungen keinen Erfolg versprechen. Eine Information des Kreditinstitutes über die Durchführung eines Kontenabrufverfahrens erfolgt nicht.

Ich versichere, dass die im Antrag gemachten Angaben und eingereichten Nachweise vollständig und wahr sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch – StGB) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss.

Ich verpflichte mich, unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen, die für die Sozialhilfeleistung erheblich sind, insbesondere Änderungen in den Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (z. B. Wohnungswechsel, Krankenhausaufenthalt – auch von Haushaltsangehörigen).

## Über die Folgen der fehlenden Mitwirkung bin ich hiermit schriftlich belehrt worden.

Mir ist bekannt, dass zur Bearbeitung dieses Antrages die Pflegeeinrichtung über meine finanziellen Daten Kenntnis erlangen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (antragstellende, bevollmächtigte oder betreuende Person)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Person der Lebensgemeinschaft)

Az.:	Eingang Antragsformular:
Datum Bekanntgabe:	

**Grundantrag auf:**

- stationäre Leistungen
- ambulante Leistungen
- Kurzzeitpflege
- Leistungen zur Weiterführung des Haushalts
- vollstationäre Pflege
- Tagespflege
- Pflegegeld

**Antragstellende Person:**

Name (Geburtsname), Vorname	Familienstand	Geburtsdatum/Geburtsort
Anschrift (aktuell)		
Anschrift (vor Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung)		
<input type="checkbox"/> Mietwohnung	<input type="checkbox"/> Eigentum	<input type="checkbox"/> Nießbrauch/Wohnrecht
Staatsangehörigkeit		

**Person der Lebensgemeinschaft:**

<input type="checkbox"/> Ehegatte/Ehegattin	<input type="checkbox"/> Lebensgefährte/Lebensgefährtin	<input type="checkbox"/> Lebenspartner/Lebenspartnerin
Name, Vorname	Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	

**Weitere Personen im Haushalt:**

1. Name, Vorname	Geburtsdatum
2. Name, Vorname	Geburtsdatum
3. Name, Vorname	Geburtsdatum

**Bevollmächtigte oder betreuende Person:**

**Vollmacht/Bestellungsurkunde ist in Kopie beizufügen.**

Name, Vorname	Anschrift	Telefon/E-Mail
---------------	-----------	----------------

### Angaben zur Kranken- und Pflegeversicherung:

Name der Kranken- und Pflegeversicherung:	
Art der Versicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> nicht versichert
Pflegegrad <i>Bescheid in Kopie beifügen.</i>	<input type="checkbox"/> kein PG <input type="checkbox"/> PG 1 <input type="checkbox"/> PG 2 <input type="checkbox"/> PG 3 <input type="checkbox"/> PG 4 <input type="checkbox"/> PG 5
Bezug von Pflegekassenleistungen? <i>Bescheid in Kopie beifügen.</i>  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Art der Leistung:  <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) <input type="checkbox"/> Pflegegeld (§ 37 SGB XI) <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI) <input type="checkbox"/> Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (§ 40 SGB XI)

### Angaben zum Beruf:

Beziehen Sie Rente?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sind Sie berufstätig?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist die Person der Lebensgemeinschaft im Rentenbezug?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ist die Person der Lebensgemeinschaft berufstätig?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

### Schwerbehinderung:

Liegt eine Behinderung vor:	Schwerbehinderung: <i>Bescheid in Kopie beifügen.</i>	Sehbehinderung: <i>Bescheid in Kopie beifügen.</i>
antragstellende Person:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Person der Lebensgemeinschaft:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonstige Person im Haushalt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

### Nur bei Beantragung von ambulanter (häuslicher) Hilfe zur Pflege:

Wie soll die Pflege sichergestellt werden?   
 private Pflegeperson  
 Pflegedienst  
*Kostenvoranschlag ist beizufügen.*

### Erklärung der antragstellenden Person:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben sowie die Angaben in den Anlagen vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.

Mir ist bewusst, dass, sofern ich meiner Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 – 62, 65 SGB I nicht nachkomme und hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert wird, der Kreis Unna als Leistungsträger ohne weitere Ermittlung die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen kann, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind.

Ich verpflichte mich, alle Änderungen, die für die Bewilligung der Leistungen maßgebend sind (insbesondere Einkommens-, Vermögens- und Familienverhältnisse betreffend), unverzüglich und unaufgefordert dem Kreis Unna – Fachbereich Arbeit und Soziales – mitzuteilen. Mir ist bekannt, dass ich mich durch unvollständige und/oder unwahre Angaben strafbar mache (§ 263 StGB – Betrug) und dass zu Unrecht erbrachte Leistungen zu erstatten sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (antragstellende, bevollmächtigte oder betreuende Person)

## Anlage Einkünfte

Es sind alle Felder zu füllen – Fehlanzeige ist erforderlich! Es sind für alle Einkünfte aktuelle Nachweise in Kopie beizufügen. Ohne vollständige Unterlagen kann über den Antrag nicht entschieden werden.

	antragstellende Person			Person der Lebensgemeinschaft		
	Ja	Nein	mtl. Höhe	Ja	Nein	mtl. Höhe
Altersrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Witwer-/Witwenrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beamtenbezüge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erwerbsunfähigkeitsrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Versorgungs-/Zusatzrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Werks-/Betriebsrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zins-/Kapitalerträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Miet-/Pachteinnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unterhaltszahlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leistung aus Verträgen (z. B. Leibrente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sonstige Einkünfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Sonstige Leistungen:

Blindengeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kriegsopferfürsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wohngeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grundsicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
andere Sozialleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sonstige Ansprüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ich versichere, dass die oben gemachten Angaben vollständig und richtig sind und dass ich über keine weiteren Einkünfte verfüge.

Mir ist bekannt, dass Sozialhilfeleistungen, welche aufgrund falscher Angaben zu Unrecht gewährt wurden, durch den Kreis Unna zurückgefordert werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (antragstellende, bevollmächtigte oder betreuende Person)

50250(5)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Person der Lebensgemeinschaft)



## Anlage Belastungen

Zur Bestreitung des Lebensunterhaltes fallen folgende Belastungen an:

**Es sind alle Felder zu füllen – Fehlanzeige ist erforderlich!**

Unterkunft	Betrag
Kaltmiete	€
Nebenkosten (ohne Heizung) <i>Letzte Nebenkostenabrechnung in Kopie beifügen.</i>	€
Heizkosten <i>Letzte Heizkostenabrechnung in Kopie beifügen.</i>	€

Art der Belastung	Vorhanden	Zahlweise	antragstellende Person	Person der Lebensgemeinschaft
Lebensversicherung <i>Police mit akt. Rückkaufwert und Todesfallleistung in Kopie beifügen.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich	€	€
Hausratversicherung <i>Nachweis in Kopie beifügen.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich	€	€
Privathaftpflichtversicherung <i>Nachweis in Kopie beifügen.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich	€	€
Unfallversicherung <i>Nachweis in Kopie beifügen.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich	€	€
Sterbeversicherung <i>Police mit akt. Rückkaufwert und Todesfallleistung in Kopie beifügen.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich	€	€
Staatl. geförderte Altersvorsorge (Riesterrente) <i>Nachweis über aktuellen Stand in Kopie beifügen.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich	€	€
Freiw. Kranken-/Pflegeversicherung (keine Zusatzversicherung) <i>Bescheid über Höhe der Beiträge in Kopie beifügen.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich	€	€
PKW-Haftpflichtversicherung <i>Nachweis in Kopie beifügen.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich	€	€
Berufsverbände <i>Nachweis in Kopie beifügen.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich	€	€

Art der Belastung	Vorhanden	Zahlweise	antragstellende Person	Person der Lebensgemeinschaft
Unterhaltsverpflichtungen <i>Urteil/Nachweis in Kopie beifügen.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich	€	€
Sonstiges <i>Nachweis in Kopie beifügen.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich	€	€
Entfernung zur Arbeitsstätte (einfache Strecke)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		€	€
Darlehen <i>Darlehensvertrag in Kopie beifügen.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich	€	€
Verwendungszweck Darlehen				

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (antragstellende, bevollmächtigte oder betreuende Person)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Person der Lebensgemeinschaft)



## Anlage Vermögen

Es ist das gesamte Vermögen der antragstellenden Person und der Person der Lebensgemeinschaft im In- und Ausland anzugeben.

**Es sind alle Felder zu füllen – Fehlanzeige ist erforderlich! Alle Angaben sind durch vollständige Unterlagen zu belegen.**

Bankvermögen	Ja	Nein	Kontonummer	Kontostand	kontoinhabende Person
Girokonto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		€	
Girokonto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		€	
Sparkonto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		€	
Sparkonto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		€	
Festgeld-/Tagesgeldkonto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		€	
Festgeld-/Tagesgeldkonto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		€	
Sparvertrag/Sparbrief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		€	
Staatl. geförderte AV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		€	
Bausparvertrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		€	
Wertpapiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		€	

## Sonstiges Vermögen

	Ja	Nein	Höhe
Bargeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
Anteile bei Wohnungs-/Siedlungsbaugen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
Anteile bei Banken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
Immobilien-/Investment-/Aktienfonds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€

	Ja	Nein	Art, Baujahr, Kennzeichen
Fahrzeuge (z. B.: PKW, Anhänger, Wohnmobile etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€

	Ja	Nein	Institut, versicherungsnehmende Person, Versicherungssumme, Rückkaufwert
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
Sterbegeld-/Todesfallversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€

**Sonstiges Vermögen**

	Ja	Nein	Institut, Versicherungssumme
Bestattungsvorsorgevertrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€

	Ja	Nein	Art, Wert
Sachvermögen (z. B.: Gemälde, Waffen, Schmuck etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€

	Ja	Nein	Lage, Größe, Nutzung, Bebauung, Verkehrswert
Grundvermögen (bebaut/unbebaut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€

	Ja	Nein	Art der Forderung, Lagebezeichnung des haftenden Grundstücks
Forderungen aus dinglichen Rechten (Nießbrauchrecht etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€

	Ja	Nein	Art, Wert
Ansprüche auf			
Zugewinnausgleich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
Erbausgleich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
Pflichtteil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€
Pflichtteilergänzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€

**Sonstiges Vermögen**

**Wurden jedemals Vermögenswerte (z. B.: Grundstücke, Kraftfahrzeuge, Bargeld, Bank-/Sparguthaben) auf Dritte übertragen oder verschenkt?**

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Art d. Vermögens, empfangende Person, Zeitpunkt, Umfang
-------------------------------	-----------------------------	---

**Wurde jedemals auf die Geltendmachung einer dinglich gesicherten Forderung verzichtet (Wohnrecht, Nießbrauchrecht etc.) oder wurde sie auf Dritte übertragen?**

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Art d. Forderung, empfangende Person, Zeitpunkt, Umfang
-------------------------------	-----------------------------	---

## Erklärung

Die Richtigkeit und Vollständigkeit der v. g. Angaben wird hiermit ausdrücklich versichert. Mir/uns ist bekannt, dass ich mich/wir uns durch unvollständige und unwahre Angaben strafbar mache/n (Betrug) und dass ich/wir zu Unrecht erhaltene Leistungen zu erstatten habe/n.

### § 263 StGB - Betrug - lautet:

(1) Wer in der Absicht, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen eines anderen dadurch beschädigt, dass er durch Vorspiegelung falscher oder durch Entstellung oder Unterdrückung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt oder unterhält, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.

(3) . . . .

(4) . . . .

(5) . . . .

Etwaige Veränderungen in den Vermögensverhältnissen werde ich/werden wir sofort dem Sozialamt bekannt gegeben.

Mir ist bekannt, dass Sozialhilfeleistungen, welche aufgrund falscher Angaben zu Unrecht gewährt wurden, durch den Kreis Unna zurückgefordert werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (antragstellende, bevollmächtigte oder betreuende Person)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Person der Lebensgemeinschaft)



## Anlage Bank-Bescheinigung

(vom Kreditinstitut auszufüllen)

<b>Kreditinstitut (Stempel)</b>	<b>Kontoinhaber/in (Frau/Herr und/oder Eheleute)*</b>
Ort, Datum	Name, Vorname
	Geburtsdatum
Unterschrift	Anschrift

\* Bei Eheleuten bitte auch die Konten des Ehegatten und Gemeinschaftskonten angeben. Sollte der Ehegatte in den letzten 3 Jahren verstorben sein, sind ebenfalls die Konten des verstorbenen Ehegatten und die Gemeinschaftskonten anzugeben.

Es wird hiermit bescheinigt, dass o. g. Kontoinhaber/in folgende Konten (z. B. Girokonten, Depotkonten, Wertpapierkonten, Sparkonten, Sparbriefe, Zertifikate, Wertpapiere, Genossenschaftseinlagen, Schließfächer oder ähnliches) bei uns führen bzw. in den letzten 5 Jahren geführt haben:

Konto-Nr.	Art des Kontos	Eröffnet am	Kontostand am Tag der Heimaufnahme	Kontostand aktuell	Kontostand am 01.01. Vorjahr	Kontostand am 01.01. Vorvorjahr	Datum der Auflösung	Verwendung (z. B. Neuanlage Konto, Umbuchung)
1			€	€	€	€		
2			€	€	€	€		
3			€	€	€	€		
4			€	€	€	€		
5			€	€	€	€		
6			€	€	€	€		

Wurde ein Freistellungsauftrag erteilt?

Ja, in Höhe von \_\_\_\_\_ €

Nein

**Bank-Bescheinigung**  
(vom Kreditinstitut auszufüllen)

**Salden Herr/Frau/Eheleute** \_\_\_\_\_

Bankbescheinigung vom \_\_\_\_\_

Nachweis der Jahresendbestände \* \*\*

\* Sparbuch letzten 10 Jahre ab Bekanntgabe Hilfebedarf  
\*\* Tagesgeldkonto letzten 3 Jahre ab Bekanntgabe Hilfebedarf

Konto-Nr.	Bestand am 31.12.	Bestand am 31.12.	Bestand am 31.12.	Bestand am 31.12.	Bestand am 31.12.	Bestand am 31.12.	Bestand am 31.12.	Bestand am 31.12.	Bestand am 31.12.
1									
2									
3									
4									
5									

## Anlage Angehörige

(Kinder, Eltern – auch verstorbene Angehörige)

Nur bei der Beantragung von Hilfe zur Pflege auszufüllen.

	1	2
Name, ggf. Geburtsname		
Vorname		
Geburtsdatum   Sterbedatum		
Familienstand		
Verwandtschaftsverhältnis zur antragstellenden Person		
z. Z. ausgeübte Tätigkeit		
Jahresbruttoeinkommen über 100.000 €	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wohnort		
Straße   Haus-Nr.		

	3	4
Name, ggf. Geburtsname		
Vorname		
Geburtsdatum   Sterbedatum		
Familienstand		
Verwandtschaftsverhältnis zur antragstellenden Person		
z. Z. ausgeübte Tätigkeit		
Jahresbruttoeinkommen über 100.000 €	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wohnort		
Straße   Haus-Nr.		

	5	6
Name, ggf. Geburtsname		
Vorname		
Geburtsdatum   Sterbedatum		
Familienstand		
Verwandtschaftsverhältnis zur antragstellenden Person		
z. Z. ausgeübte Tätigkeit		
Jahresbruttoeinkommen über 100.000 €	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wohnort		
Straße   Haus-Nr.		

## Einverständniserklärung

---

antragstellende Person

---

Geburtsdatum

---

Person der Lebensgemeinschaft

---

Geburtsdatum

Ich bin damit einverstanden, dass der Kreis Unna – Der Landrat/Fachbereich Arbeit und Soziales ohne vorherige Rückfrage mit mir, im Rahmen der Antragstellung und Leistungsgewährung des Pflegewohngeldes und der Hilfe zur Pflege, zur Beurteilung meiner pflegerischen/gesundheitlichen und finanziellen Situation, Unterlagen bei folgenden Stellen anfordern darf:

- Pflege- und Krankenkasse
- Leistungserbringer (Pflegedienst/Pflegeeinrichtung)
- Hausbank
- Medizinischer Dienst der Krankenkasse/Medicproof
- weitere Banken und Finanzinstitute bei denen ich ein Konto habe, oder über das ich bis vor 3 Jahren verfügt habe
- Versicherungen und Finanzinstitute, bei denen ich eine Versicherung jedweder Art abgeschlossen habe und/oder über die ich in den letzten drei Jahren verfügt habe.

Hiermit befreie ich die oben genannten Stellen gegenüber dem Kreis Unna als zuständigem Träger der Sozialhilfe von ihren, mit mir vereinbarten und/oder gesetzlich vorgegebenen Schweigepflichten. Ich bin mir bewusst, dass die oben genannten Stellen nach Vorlage dieses Schreibens nach § 117 Abs. 2 bzw. Abs. 3 SGB XII i. V. m. §§ 3 – 7 SGB X verpflichtet sind, dem Kreis Unna – Fachbereich Arbeit und Soziales, Auskunft zu erteilen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift (antragstellende, bevollmächtigte oder betreuende Person)

---

Ort, Datum

---

Unterschrift (Person der Lebensgemeinschaft)



## Checkliste für die notwendigen Unterlagen zur Beantragung von Pflegegeld und/oder Sozialhilfe (ambulant und stationär)

Bei Personen in Lebensgemeinschaften bitte stets alle Nachweise für beide Personen einreichen!

- Bescheid der Pflegekasse – Art und Höhe der Leistungen der Pflegekasse (ambulante Leistungen/Kurzzeitpflege/vollstationäre Pflege)
- Pflegegutachten des MDK
- Vollmacht oder Bestellungsurkunde
- Kopie Personalausweis
- Schwerbehindertenausweis
- ggf. Scheidungsurteil
- ggf. Nachweis Bezug Kriegsopferfürsorge nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes (BVG)
- Angaben zu Beihilfeansprüchen
- Nachweise Einkommen (Rentenbescheide, Einkünfte aus Vertrag etc.)
- ggf. Bescheide Grundsicherung/Arbeitslosengeld II/Wohngeld
- Nachweis Kaltmiete und Nebenkosten
- Nachweis Versicherungsbeiträge (Privathaftpflichtversicherung/Hausratversicherung/PKW-Haftpflichtversicherung/Unfallversicherung/freiwillige Kranken- und Pflegeversicherung/Sterbeversicherung/Lebensversicherung)
- ggf. Nachweis Gewerkschaftsbeiträge
- Bankbescheinigung – ausgefüllt von allen kontoführenden Instituten
- Sparbücher – Ablichtungen der vollständigen Seiten aller Sparbücher der letzten 10 Jahre sowie Angaben zu allen Bewegungen ab 1.000 €
- Girokonten – vollständige Girokontoauszüge der letzten 6 Monate
- Tagesgeldkonten/Festgeldkonten – vollständige Ablichtungen der letzten 12 Monate
- Nachweise zu weiterem Bankvermögen (Bausparvertrag/Sparvertrag/Sparbrief/Wertpapiere/Depots/Fonds/staatlich geförderte Altersvorsorge)
- Policen alle Lebens-/Sterbegeldversicherungen inkl. aktuelle Höhe Rückkaufwert und Todesfallleistung
- Bestattungsvorsorgevertrag – vollständige Kostenaufstellung
- Grundvermögen (auch veräußert od. übertragen, auch im Ausland) – Grundbuchauszug, Angaben zu Lage, Größe, Verkehrswert, Einheitswert, Nutzung und Bebauung
- Nachweise zu Vermögensübertragungen/Schenkungen (Bargeld, Haus- od. Grundbesitz, sonst. Vermögen) – Angaben zu Höhe und Empfänger der Leistung
- Nachweise zu sonstigem Vermögen (Anteile Bank/Genossenschaftsanteile Wohnung/Mietkaution/Fahrzeuge/Boote/Münzen etc)
- Nachweise zu vertraglichen Rechten/Ansprüche ggü. Dritten - Wohnrecht/Nießbrauchrecht/Geldrente/Pflegerecht/Zugewinnausgleich/Erbaugleichansprüche/Pflichtteilsansprüche (vollständige Ablichtungen der entsprechenden Verträge)
- Angaben zu unterhaltspflichtigen Angehörigen