

Bekanntgabe am:	
Eingang am:	
Sachbearbeiter/in:	

## Antrag auf Hilfen in Einrichtungen

- Antrag auf Pflegewohngeld  
 Antrag auf Sozialhilfe

**Hinweise:**

- Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen.
- Sämtliche Angaben sind durch die Vorlage entsprechender Belege nachzuweisen.
- Die Datenerhebung im Zusammenhang mit diesem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 S. 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X.
- Die Verpflichtung zur Mitwirkung ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I). Sofern Sie dieser Verpflichtung nicht nachkommen, kann die beantragte Hilfe nach § 66 Abs. 1 SGB I ganz oder teilweise versagt werden.
- Die im Rahmen dieses Antrags gemachten Angaben zum vorhandenen Vermögen können durch eine Kontenabfrage nach § 93 Abs. 8 Abgabenordnung (AO) beim Bundeszentralamt für Steuern überprüft werden.
- Sollten aufgrund falscher oder fehlender Angaben Sozialleistungen zu Unrecht bewilligt werden, sind diese zu erstatten. Soweit der Tatbestand des Betruges nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) erfüllt ist, hat dies strafrechtliche Folgen.

	Antragsstellende/pflegebedürftige Person	<input type="checkbox"/> Ehepartner/in <input type="checkbox"/> nichteheliche/ <input type="checkbox"/> Lebenspartner/in    Lebensgefährte/in
<b>Name</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>Vorname</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>Geburtsname</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>Geburtsdatum</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>Geburtsort</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>Familienstand der pflegebedürftigen Person</b>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> nichteheliche Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft seit <input style="width: 100px;" type="text"/>	
<b>Staatsangehörigkeit der pflegebedürftigen Person</b>	<input type="checkbox"/> deutsch    andere: <input style="width: 150px;" type="text"/> aufenthaltsrechtlicher Status: <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis <input type="checkbox"/> Duldung/Visum, gültig bis: <input style="width: 100px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis, gültig bis: <input style="width: 100px;" type="text"/>	
<b>Schwerbehindertenausweis</b>	<input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung: <input style="width: 50px;" type="text"/> Merkmal „G“ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Grad der Behinderung: <input style="width: 50px;" type="text"/> Merkmal „G“ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> nein Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Vertretungsbe-rechtigte Person</b>	<input type="checkbox"/> nein, nicht vorhandenen <input type="checkbox"/> ja, durch Vollmacht/Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> ja, als vom Amtsgericht bestellte/r Betreuer/in	
<b>Name, Anschrift, Telefon</b>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	

Weitere Personen im Haushalt			
Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis zum/r Antragssteller/in	Beruf

**Angaben zu weiteren Angehörigen**  
(leibliche Kinder, Adoptivkinder, Eltern, geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten/Lebenspartner/innen)

Es sind keine geschiedenen oder getrenntlebende Ehegatten/Lebenspartner/innen vorhanden.  
 Es sind nachfolgende Personen vorhanden (weitere Personen bitte auf gesondertem Blatt angeben):

Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis zum/r Antragssteller/in	Anschrift

Es sind keine Eltern, leibliche Kinder oder Adoptivkinder vorhanden.  
 Es sind nachfolgende Eltern oder Kinder vorhanden (weitere Kinder bitte auf gesondertem Blatt angeben):

Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift	Jahresbruttoeinkünfte höher als 100.000 € ?
			ja    nein
			ja    nein
			ja    nein

**Besteht bereits ein Unterhaltstitel ggü. Angehörigen?**     ja, und zwar gegen   nein

Wohn- und Aufenthaltsverhältnisse			
<b>Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung</b>	<input type="text"/>		
<b>Datum der Heimaufnahme</b>	<input type="text"/>	<b>Zimmerart</b>	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer
<b>Adresse vor Heimaufnahme</b>	<input type="text"/>		
<b>Sofern abweichend: Aufenthaltsort in den letzten zwei Monaten vor Heimaufnahme</b>	<input type="text"/>		

Leistungen der Kriegsofopferfürsorge (KOF)			
<b>Beziehen Sie Kriegsofopferfürsorgeleistungen?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, in Höhe von <input type="text"/> €	
Folgende Angehörige (Ehegatten, Eltern, Kinder) sind			
<ul style="list-style-type: none"> <li>durch Kriegsereignisse gefallen, vermisst bzw. an Kriegsleiden verstorben oder</li> <li>in Ausübung des Wehr-/Zivildienstes, durch Gewalttaten oder durch Impfungen geschädigt oder verstorben oder</li> <li>Geschädigte von rechtsstaatswidrigen Entscheidungen der ehemaligen DDR</li> </ul>			
Name, Vorname	Geburtsdatum	Verwandtschaftsverhältnis zum/r Antragssteller/in	

Einkommen		
Einkommensarten (alle Einkommen sind in Nettobeträgen in €/Monat anzugeben)	Pflegebedürftige Person	Ehepartner/in, Lebenspartner/in, nichteheliche/r Lebensgefährtin/in
Altersrente		
Witwen-/Witwerrente		
Pensionen/Versorgungsbezüge		
Betriebs-/Werksrente		
Unfall-/Erwerbsunfähigkeitsrente		
Auslandsrente		
Rente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)		
Rente nach dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG)		
Sonstige Rente		
Einkommen aus Erwerbstätigkeit <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> nicht selbstständig		
Einkünfte aus Kapitalvermögen		
Miet-/Pachteinnahmen (gesonderte Rentabilitätsberechnung erforderlich)		
Leistungen für Kinder (z.B. Kindergeld, Elterngeld)		
Unterhaltszahlungen von Angehörigen		
Leistungen nach dem Blinden und Gehörlosengesetz (GHBG)		
Leistungen der Pflegekasse (gesetzlich/privat)		
Beihilfeanspruch nach Beamtenrecht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wohngeld nach dem Wohngeldgesetz (WoGG)		
Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II)		
Leistungen der Arbeitsförderung nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III)		
Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)		
Privatrechtliche Ansprüche (laufende Zahlungen aus Verträgen, z.B. Leibrente, Wohnrecht)		
Sonstige Einkünfte		

Kosten der Unterkunft (Haushalt vor Aufnahme in die Pflegeeinrichtung)			
Anzahl der Personen, die in dem Haushalt leben		<input type="text"/>	Größe der Wohnfläche <input type="text"/> qm
Art der Unterkunft	<input type="checkbox"/> Haus- und Grundvermögen → bitte Anlagen ausfüllen → Es ist eine Rentabilitätsberechnung, d.h. eine Aufstellung der Einnahmen und Kosten Ihres Eigentums vorzulegen		<input type="checkbox"/> Mietwohnung → bitte die Anlage Mietbescheinigung Ihrem Vermieter vorlegen Höhe der Kautio/Genossenschaftsanteile: <input type="text"/> € Die Wohnung wurde zum <input type="text"/> gekündigt.

Kranken- und Pflegeversicherung				
Personen	Name der Kranken- und Pflegeversicherung	Versicherungsnummer	Art der Versicherung	Mitgliedschaft seit
Pflegebedürftige Person	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="text"/>
Ehepartner/in, Lebenspartner/in, nichteheliche/r Lebensgefährte/in	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="text"/>

Weitere bestehende Versicherungen/laufende Zahlungsverpflichtungen (bitte Nachweise beifügen)			
Art der Versicherung		Versicherungsgesellschaft/ Zahlungsempfänger	Beitrag
Private oder freiwillige Kranken-/Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
Zusatzbeitrag zur Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
1. Lebens-/Sterbeversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
2. Lebens-/Sterbeversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
weitere Versicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.
Gewerkschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> beitragsfrei <input type="checkbox"/> Beitrag i.H.v. <input type="text"/> € <input type="checkbox"/> mtl. <input type="checkbox"/> ¼ jährl. <input type="checkbox"/> ½ jährl. <input type="checkbox"/> jährl.

Vermögen					
Aktueller Stand am <input type="text"/> (Bitte beachten Sie, dass sich die Angaben nicht nur auf die pflegebedürftige Person beziehen, sondern auch Angaben des/der Ehegatten/in, Lebenspartner/in bzw. nichtehelichen Lebensgefährten/in umfassen müssen.)					
Vermögenswerte			Betrag		
Bargeld <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="text"/> €		
Taschengeldkonto in der Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="text"/> €		
Sparguthaben		Kontonummer	Kreditinstitut	Betrag	
Girokonto	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€
Sparkonto	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€
Sparkonto	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€
Festgeldkonto	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€
Tagesgeldkonto	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€
Genossenschaftskonto	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€
Sonstiges Konto	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€
Wertpapiere	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art des Wertpapiers	Institut	Betrag	fällig am
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>
Staatlich geförderte private Altersvorsorge		Versicherungsnummer	Institut	Betrag	fällig am
Riester-Rente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>
Rürüp-Rente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/>
Kapitallebens-/ Rentenversicherung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Versicherungsnummer	Institut	Betrag	aktueller Rückkaufswert
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Sterbeversicherung/ Lebensversicherung auf den Todesfall	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Versicherungsnummer	Institut	Betrag	aktueller Rückkaufswert
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
Bausparvertrag	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Versicherungsnummer	Institut	Betrag	aktueller Rückkaufswert
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €

Hilfen bei Pflegebedürftigkeit in Einrichtungen

<b>Haus- und Grundeigentum</b> → bitte Anlagen ausfüllen → Es ist eine Rentabilitätsberechnung, d.h. eine Aufstellung der Einnahmen und Kosten Ihres Eigentums vorzulegen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Einfamilienhaus <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Wohn-/Geschäftshaus	<input type="checkbox"/> Büro-/Geschäftshaus <input type="checkbox"/> Gewerbebetrieb <input type="checkbox"/> Sonstiges
Anschrift: <input style="width:100%;" type="text"/>			
<b>Sonstiger Grundbesitz</b> → bitte Anlage ausfüllen → Es ist eine Rentabilitätsberechnung, d.h. eine Aufstellung der Einnahmen und Kosten Ihres Eigentums vorzulegen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Bauland	<input type="checkbox"/> Garten-/Ackerland
Anschrift: <input style="width:100%;" type="text"/>			
<b>Kraftfahrzeug(e)</b> (bitte Fahrzeugschein bzw. Zulassungsbescheinigung Teil 1 und aktuelles Wertgutachten beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	amtl. Kennzeichen: <input style="width:100%;" type="text"/>	
		Typ: <input style="width:100%;" type="text"/>	Baujahr: <input style="width:100%;" type="text"/>
		Modell: <input style="width:100%;" type="text"/>	Kilometerstand: <input style="width:100%;" type="text"/>
<b>Bestattungsvorsorgevertrag</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Unternehmen/Institut</b>	<b>Betrag</b>
		<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/> €
		<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/> €
<b>Grabpflegevertrag</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Unternehmen/Institut</b>	<b>Betrag</b>
		<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/> €
		<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/> €
<b>Sonstige Forderung</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Bezeichnung der Forderung</b> <small>(z.B. aus Darlehen, Erbe, Pflichtteil, Außenstände, Schmerzensgeld, Schadensersatz)</small>	<b>Name und Anschrift des Schuldners</b>
		<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>
		<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/> €
		<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/> €
<b>Wurde in den letzten zehn Jahren vor Eintritt der Bedürftigkeit Vermögen auf andere Personen übertragen?</b>  <small>(z.B. Schenkung, entgeltliche oder unentgeltliche Übertragung einer Immobilie, Übergabevertrag, Altenteil)</small>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Art der Übertragung</b>	<b>Name und Anschrift des Begünstigten</b>
		<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/>
		<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/> €
		<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/> €
		<input style="width:100%;" type="text"/>	<input style="width:100%;" type="text"/> €
<small>(Bitte fügen Sie bei Immobilienübertragungen den notariellen Vertrag und einen aktuellen Grundbuchauszug bei.)</small>			
<b>Besteht bzw. bestand in den letzten zehn Jahren ein unentgeltliches Wohnrecht?</b>			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Besteht bzw. bestand in den letzten zehn Jahren ein Nießbrauchrecht/Pflegerecht?</b>			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<small>(Bitte fügen Sie bei Immobilienübertragungen den notariellen Vertrag und einen aktuellen Grundbuchauszug bei.)</small>			

Ergänzende Angaben:


**Erklärung**

Ich werde die für meine stationäre Pflege entstehenden Kosten voraussichtlich nicht aus den Leistungen der Pflegeversicherung, meinem Einkommen und Vermögen und sonstigen Leistungen unter Berücksichtigung eines monatlichen Barbetrages zur persönlichen Verfügung selbst tragen können.

 **Antrag auf Pflegewohngeld**

Mir ist bekannt, dass Pflegewohngeld gemäß § 14 Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen (APG NRW) grundsätzlich vom Einsatz des Einkommens und Vermögens abhängig ist und ich verpflichtet bin, meine gesamten Einkünfte vom Tag der Heimaufnahme an zur Deckung der Aufenthaltskosten einzusetzen. Mir ist ferner bekannt, dass ich das vorhandene Vermögen ebenfalls zur Deckung der Unterbringungskosten einzusetzen habe, soweit es den Schonbetrag in Höhe von 10.000,- € bei Alleinstehenden bzw. 15.000,- € bei nicht getrennt lebenden Eheleuten, eingetragenen Lebenspartnern und nichtehelichen Lebensgefährten überschreitet (§ 14 Abs. 3 Nr. 4 APG NRW i.V.m. § 90 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)).

 **Antrag auf Sozialhilfe**

Mir ist bekannt, dass Leistungen der Sozialhilfe nach dem SGB XII grundsätzlich vom Einsatz des Einkommens und Vermögens abhängig ist und ich verpflichtet bin, meine gesamten Einkünfte vom Tag der Heimaufnahme an zur Deckung der Aufenthaltskosten einzusetzen. Mir ist ferner bekannt, dass ich das vorhandene Vermögen ebenfalls zur Deckung der Unterbringungskosten einzusetzen habe, soweit es den Schonbetrag in Höhe von 10.000,- € bei Alleinstehenden bzw. 20.000,- € bei nicht getrennt lebenden Eheleuten, eingetragenen Lebenspartnern und nichtehelichen Lebensgefährten überschreitet (§ 90 SGB XII).

Ich bin damit einverstanden, dass die Auszahlung der Sozialhilfe direkt an die Einrichtung erfolgt.

Die nachfolgenden Anlagen sind Bestandteil des Antrags:

- Mietbescheinigung
- Eigentum
- Erhebungsbogen zur Wertermittlung bei Haus- und Grundbesitz

Das Merkblatt über die Zusammenstellung wichtiger Informationen für alle, die Pflegewohngeld und/oder Sozialhilfe beantragen, habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich erkläre, dass ich über meine Vermögensverhältnisse wahrheitsgemäße und vollständige Angaben gemacht habe. Mir ist bekannt, dass unrichtige oder unwahre Angaben strafrechtliche Folgen wegen Betruges (§ 263 StGB) nach sich ziehen können und zu Unrecht gezahlte Sozialleistungen zurückzuzahlen sind.

--

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/r Antragssteller/in bzw. gesetzliche/r  
Vertreter/in oder Bevollmächtigte/r

Den ausgefüllten Antrag und die benötigten Nachweise senden Sie bitte per Post an folgende Adresse:

Stadt Remscheid  
Der Oberbürgermeister  
Fachdienst Soziales und Wohnen  
2.50.1.2 - Hilfe in Einrichtungen  
Alleestraße 66  
42853 Remscheid

Name		
Geburtsdatum		
Aktenzeichen	2.50.1	

## Mietbescheinigung

*Bitte vom Vermieter ausfüllen lassen!*

Name des Vermieters:

Anschrift des Vermieters:

Herr/Frau/Familie  lebt/leben

seit dem  in der Wohnung (vollständige Adresse)

Baujahr des Hauses:

Größe der Wohnung:  qm

Heizungsart:

Höhe der monatlichen Kaltmiete:  €

Höhe der monatlichen Betriebskosten:  €

Höhe der monatlichen Heizkosten:  €

Höhe der monatlichen Warmwasserkosten:  €

(sofern nicht bereits in den Heizkosten enthalten)

Höhe der monatlichen Miete insgesamt:  €

Höhe der Kautions/Genossenschaftsanteile:  €

Das Mietverhältnis wurde gekündigt und endet am .

Das Mietverhältnis besteht weiterhin.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/r Vermieters/in



Name		
Geburtsdatum		
Aktenzeichen	2.50.1	

## Eigentum

- Ich bin kein Eigentümer/in bzw. Miteigentümer/in eines Grundstücks/einer Immobilie.
- Ich bin Eigentümer/in bzw. Miteigentümer/in eines Grundstücks/einer Immobilie.  
Lage des Grundstücks/der Immobilie:
- Ich war in der Vergangenheit Eigentümer/in bzw. Miteigentümer/in eines Grundstücks/ einer Immobilie.  
Lage des Grundstücks/der Immobilie:
- Mein Ehepartner/Lebenspartner oder nichtehelicher Lebensgefährte ist bzw. war in der Vergangenheit Eigentümer/in bzw. Miteigentümer/in eines Grundstücks/einer Immobilie.  
Lage des Grundstücks/der Immobilie:
- Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich als Eigentümer/in bzw. Miteigentümer/in eines Hausgrundstücks oder eines unbebauten Grundstücks grundsätzlich verpflichtet bin, mein Einkommen und Vermögen zur Deckung meines Bedarfs einzusetzen. Ob es sich um geschütztes Vermögen i.S.d. § 90 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) handelt und mir der Einsatz meines Vermögens, d.h. die sofortige Verwertung zugemutet werden kann, wird durch die Stadt Remscheid geprüft.
  - Pflegewohnung bzw. Sozialhilfe wird ab Antragsstellung als Darlehen gewährt, wenn mein Grundbesitz zwar nicht zum geschützten Vermögen gehört, eine sofortige Verwertung aber nicht möglich ist bzw. eine Härte bedeutet. Mit einer dinglichen oder anderweitigen Sicherung des Darlehns erkläre ich mich einverstanden.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/r Antragssteller/in bzw. gesetzliche/r  
Vertreter/in oder Bevollmächtigte/r

Name		
Geburtsdatum		
Aktenzeichen	2.50.1	

## Erhebungsbogen zur Wertermittlung bei Haus- und Grundbesitz

Name des Grundstückseigentümers/in:

Lage des Grundstücks (Straße, Ort):

Die nachstehenden Angaben werden als Grundlage für die Wertermittlung der Immobilie an die kommunale Bewertungsstelle der Stadt Remscheid weitergeleitet.

### Angaben zum Haus und Grundbesitz

- Um welche Art von Immobilie handelt es sich?

- Eigentumswohnung       Dreifamilienhaus       Büro- und Geschäftshaus  
 Einfamilienhaus       Mehrfamilienhaus       Gewerbebetrieb  
 Zweifamilienhaus       Wohn- und Geschäftshaus       Sonstiges:

- Wann wurde die Immobilie erbaut?

Baujahr:  Notwendige Reparaturen:

(z.B. Dach, Fassade, Fenster, Heizung, Sanitär)

- Seit wann ist die Immobilie in Ihrem Eigentum?

Kaufvertrag vom:  Kaufpreis:  €, Erbschaft/Schenkung/Übertragung am:

- Wie groß ist die Wohnfläche?  qm

- Gibt es zusätzliche Nutzflächen? Welche? Wie groß sind diese?

- Angaben zur Grundausstattung

- Einfachverglasung       Isolierverglasung  
 Einzelöfen       Zentralheizung       Nachtspeicher       Sonstiges:   
 Anzahl der Bäder:        Gäste-WC       Sonstiges (z.B. Sauna, Kachelofen):

- Wie ist die Außenanlage gestaltet?

Garage       Carport       Terrasse/Balkon       Sonstiges:

- Ausstattungs-klasse

einfach       mittel       gehoben  
(z.B. Einfachverglasung, Einzelöfen)      (z.B. Isolierverglasung, Fliesen)      (z.B. Fußbodenheizung, Natursteinbelag)

- Bau und Unterhaltungszustand

schlecht       normal       gut

- Liegen Nutzungsbeschränkungen vor (z.B. Wohnungsrecht, Nießbrauchrecht, Denkmalschutz)?

nein       ja, welche?

- Wie groß ist das Grundstück?  qm

- Handelt es sich um ein Erbpachtgrundstück?

nein       ja, Erbauzins/Jahr:  €

Angaben über Einkünfte und Aufwendungen für Haus- und Grundbesitz

- In welcher Form erfolgt die weitere Nutzung der Wohnräume?  
 Vermietung/Verpachtung     Eigennutzung     Verkauf     noch nicht bekannt
- Ermittlung der Jahreseinnahmen (Bitte aktuelle Nachweise beifügen)

**Ermittlung der Jahreseinnahmen**

Name des/r Mieters/in	genutzte Fläche	Jahreseinnahmen (ohne Kosten für Heizung und Warmwasserversorgung)
	qm	€
	qm	€
	qm	€
	qm	€

**Sonstige Einnahmen**

Einnahmeposition	Betrag
Eigenheimzulage	€
Garagenmiete(n)	€
	€

- Ermittlung der Jahresausgaben/Belastungen

Laufende Kosten	Betrag
Grundbesitzabgaben (Grundsteuer, Müllabfuhr, Straßenreinigung, Winterdienst, Entwässerung)	€
Hausgeld bei Eigentumswohnung	€
Gebäudeversicherung	€
Gebäudehaftpflichtversicherung	€
Gebühren für Schornsteinfeger	€
Heizungswartung	€
Beitrag Haus- und Grundbesitzverein	€
weitere Bewirtschaftungskosten	€
sonstige Aufwendungen	€

- Abzahlungsverpflichtungen (Bitte jeweils den letzten Jahreskontoauszug beifügen)

Finanzierung nur für den Erwerb der Immobilie und die Kosten für Instandhaltung und -setzung.

Gläubiger/in	Anfangsschuld	Restschuld	Tilgung jährlich	Zinsen jährlich
	€	€	€	€
	€	€	€	€

Ich versichere, dass ich die Erklärung wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt habe.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des/r Eigentümers/in

**Leistungen nach dem Alten- und Pflegegesetz NRW (APG NRW) und dem Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII)**

---

Antragsteller/in: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Einwilligungserklärung zum Datenschutz**

Ich habe die nachfolgenden Hinweise gelesen, verstanden und erkläre meine Einwilligung, dass die Stadtverwaltung Remscheid, Fachdienst Soziales und Wohnen, im Rahmen dieses Verfahrens zur Sachverhaltsfeststellung und zur Zahlungsabwicklung ausschließlich erforderliche Informationen (wie Name, Geburtsdatum, die Mitteilung einer erfolgten Antragstellung, die Mitteilung der Leistungsbewilligung bzw. -ablehnung inkl. Leistungsart und -höhe, sowie die Höhe des einzusetzenden Einkommens) an die Pflegeeinrichtung, sowie im Bedarfsfall an andere an der Kostendeckung beteiligte Träger (Krankenkasse, Pflegeversicherung) übermittelt.

**Einwilligungserklärung zur Zahlungsabwicklung**

Ich erkläre meine Einwilligung, dass bei einer Bewilligung von Leistungen nach dem SGB XII (Sozialhilfe) durch die Stadtverwaltung Remscheid, Fachdienst Soziales und Wohnen, die bewilligten Leistungen unmittelbar an die Pflegeeinrichtung ausgezahlt werden.

---

Ort, Datum

Unterschrift (Antragsteller/-in bzw. rechtlicher Vertreter/in)

**Hinweise:**

Die Leistung nach dem APG NRW (Pflegewohngehalt) wird aufgrund der Regelung in § 16 Abs. 4 der Verordnung zur Ausführung des APG NRW (APG DVO NRW) grundsätzlich unmittelbar an die Pflegeeinrichtung ausgezahlt und es erfolgt außerdem eine Mitteilung über die Höhe der Leistung an die Einrichtung.

Diese Einwilligungserklärung ist freiwillig und kann von Ihnen jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an: Der Oberbürgermeister der Stadt Remscheid, Fachdienst Soziales und Wohnen, Hilfen für Senioren und behinderte Menschen, Alleestr. 66, 42853 Remscheid.

Sobald die personenbezogenen Daten für den genannten Zweck nicht mehr benötigt werden, werden diese datenschutzkonform gemäß § 84 Abs. 2 SGB X unter Beachtung der gesetzlichen Fristen gelöscht.

Sollten Sie Ihre Einwilligung nicht erklären, wird darauf hingewiesen, dass Sie die gesamte Zahlungsabwicklung und den zur Sachverhaltsfeststellung notwendigen Informationsaustausch mit der Pflegeeinrichtung sowie den anderen genannten Institutionen selbst übernehmen müssen. Die dadurch gegebenenfalls entstehenden zeitlichen Verzögerungen haben Sie zu vertreten.

**Ausführung für den Antragsteller:**

**Fachdienst Soziales und Wohnen**  
**- Abteilung Hilfen für Senioren und behinderte Menschen -**

**Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person zum Zeitpunkt der Erhebung dieser Daten**

<b>Informationen zu</b>	<b>Angaben</b>
Name und Kontaktdaten des/der für den Bereich Verantwortlichen	Frau Germer, E-Mail: birgit.germer@remscheid.de Tel.: 02191/ 16-2369
Allgemeine Kontaktdaten des/der Datenschutzbeauftragten	Herr Winn, E-Mail: Datenschutz@remscheid.de oder Tel. 02191/16-3567
Zweck der Verarbeitung	Ihre personenbezogene Daten werden verarbeitet (erhoben, erfasst, geordnet, gespeichert, übermittelt), um die Voraussetzungen für die Gewährung von Sozialhilfeleistungen nach dem SGB XII zu prüfen. Bei einer Gewährung von Sozialhilfeleistungen werden Daten darüber hinaus zur Prüfung, Geltendmachung und Durchsetzung möglicher Rückforderungsansprüche genutzt. Werden die Sozialhilfeleistungen als Darlehen gewährt, werden die Daten auch zur Rückabwicklung des Darlehens genutzt.
Rechtsgrundlage der Verarbeitung	Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. c und e DSGVO in Verbindung mit §§ 67a – 78 SGB X und §§ 60 - 67 SGB I .
Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten (Datenübermittlung an Dritte)	<p>Ihre Daten können zum Zwecke der gesetzlichen Aufgabenberledigung an folgende Dritte übermittelt werden:</p> <p><u>hausinterne</u> <span style="float: right;"><u>Stellen</u></span>  z.B. Stadtkasse zur Abwicklung des Zahlungsverkehrs und zur Durchsetzung von Forderungen, Wohngeldstelle, Gesundheitsamt z.B. zur Ermittlung von Teilhabeeinschränkungen und/oder zur Prüfung der Erforderlichkeit von Therapien und Hilfsmitteln etc., Gutachterausschuss der Stadt Remscheid zur Wertermittlung von Immobilien, Widerspruchsstelle, Rechtsamt in Klageverfahren</p> <p><u>andere</u> <span style="float: right;"><u>Sozialleistungsträger</u></span>  z.B. Rentenversicherungen, Krankenversicherungen, Pflegeversicherungen, Jobcenter</p> <p><u>andere</u> <span style="float: right;"><u>Dritte</u></span>  z. B. ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, Leistungserbringer und Dienste z.B. für Integrationshilfen, Therapieeinrichtungen, Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK), Gutachter z.B. zur Feststellung eines Pflegegrades, Ärzte, kommunale Ämter, Finanzämter, Gerichte, Bundesministerien, Landesministerien, Bundeszentralamt für Steuern, Banken, Insolvenzverwalter, Ausländerbehörden</p> <p>Darüber hinaus können personenbezogene Daten auch an öffentliche Stellen übermittelt werden wie z. B. Melderegister, Grundbuchämter.</p>
Dauer oder Kriterien der Dauer für die Speicherung.	Nach der vollständigen Erfüllung des Leistungsanspruchs und eines etwaigen Rückforderungsanspruchs besteht eine Speicherfrist von 6 Jahren. Die Frist beginnt ab dem 01. Januar des Folgejahres nach der Erfüllung des Leistungs- bzw. Rückforderungsan-

	spruchs. Innerhalb der vorstehend genannten Frist besteht kein Recht auf Löschung der personenbezogenen Daten.
Rechtsgrundlage für die Bereitstellung der personenbezogenen Daten und der Verpflichtung der betroffenen Person, die personenbezogenen Daten bereitzustellen	§§ 60 ff. SGB I, §§ 67a – 78 SGB X
Mögliche Folgen der Nichtbereitstellung	Bei fehlender Bereitstellung der erforderlichen Daten kann Ihr Antrag nicht bearbeitet und können Sozialhilfeeleistungen nicht gewährt werden.
Rechte der Betroffenen	Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Datenübertragung, Löschung, Einschränkung oder Widerspruch gegen die Verarbeitung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben. Bei der Aufsichtsbehörde besteht ein Beschwerderecht.
Zuständige Aufsichtsbehörde	Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen Postfach 20 04 44 40102 Düsseldorf Tel.: 0211/38424-0 E-Mail: <a href="mailto:poststelle@ldi.nrw.de">poststelle@ldi.nrw.de</a> Internet: <a href="http://www.ldi.nrw.de">www.ldi.nrw.de</a>

**Ausführung zur Unterschrift und Rückgabe:**

**Fachdienst Soziales und Wohnen**  
**- Abteilung Hilfen für Senioren und behinderte Menschen -**

**Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person zum Zeitpunkt der Erhebung dieser Daten**

<b>Informationen zu</b>	<b>Angaben</b>
Name und Kontaktdaten des/der für den Bereich Verantwortlichen	Frau Germer, E-Mail: birgit.germer@remscheid.de Tel.: 02191/ 16-2369
Allgemeine Kontaktdaten des/der Datenschutzbeauftragten	Herr Winn, E-Mail: Datenschutz@remscheid.de oder Tel. 02191/16-3567
Zweck der Verarbeitung	Ihre personenbezogene Daten werden verarbeitet (erhoben, erfasst, geordnet, gespeichert, übermittelt), um die Voraussetzungen für die Gewährung von Sozialhilfeleistungen nach dem SGB XII zu prüfen. Bei einer Gewährung von Sozialhilfeleistungen werden Daten darüber hinaus zur Prüfung, Geltendmachung und Durchsetzung möglicher Rückforderungsansprüche genutzt. Werden die Sozialhilfeleistungen als Darlehen gewährt, werden die Daten auch zur Rückabwicklung des Darlehens genutzt.
Rechtsgrundlage der Verarbeitung	Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. c und e DSGVO in Verbindung mit §§ 67a – 78 SGB X und §§ 60 - 67 SGB I .
Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten (Datenübermittlung an Dritte)	<p>Ihre Daten können zum Zwecke der gesetzlichen Aufgabenberledigung an folgende Dritte übermittelt werden:</p> <p><u>hausinterne</u> <span style="float: right;"><u>Stellen</u></span>  z.B. Stadtkasse zur Abwicklung des Zahlungsverkehrs und zur Durchsetzung von Forderungen, Wohngeldstelle, Gesundheitsamt z.B. zur Ermittlung von Teilhabeeinschränkungen und/oder zur Prüfung der Erforderlichkeit von Therapien und Hilfsmitteln etc., Gutachterausschuss der Stadt Remscheid zur Wertermittlung von Immobilien, Widerspruchsstelle, Rechtsamt in Klageverfahren</p> <p><u>andere</u> <span style="float: right;"><u>Sozialleistungsträger</u></span>  z.B. Rentenversicherungen, Krankenversicherungen, Pflegeversicherungen, Jobcenter</p> <p><u>andere</u> <span style="float: right;"><u>Dritte</u></span>  z. B. ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, Leistungserbringer und Dienste z.B. für Integrationshilfen, Therapieeinrichtungen, Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK), Gutachter z.B. zur Feststellung eines Pflegegrades, Ärzte, kommunale Ämter, Finanzämter, Gerichte, Bundesministerien, Landesministerien, Bundeszentralamt für Steuern, Banken, Insolvenzverwalter, Ausländerbehörden</p> <p>Darüber hinaus können personenbezogene Daten auch an öffentliche Stellen übermittelt werden wie z. B. Melderegister, Grundbuchämter.</p>
Dauer oder Kriterien der Dauer für die Speicherung.	Nach der vollständigen Erfüllung des Leistungsanspruchs und eines etwaigen Rückforderungsanspruchs besteht eine Speicherfrist von 6 Jahren. Die Frist beginnt ab dem 01. Januar des Folgejahres nach der Erfüllung des Leistungs- bzw. Rückforderungsan-

	spruchs. Innerhalb der vorstehend genannten Frist besteht kein Recht auf Löschung der personenbezogenen Daten.
Rechtsgrundlage für die Bereitstellung der personenbezogenen Daten und der Verpflichtung der betroffenen Person, die personenbezogenen Daten bereitzustellen	§§ 60 ff. SGB I, §§ 67a – 78 SGB X
Mögliche Folgen der Nichtbereitstellung	Bei fehlender Bereitstellung der erforderlichen Daten kann Ihr Antrag nicht bearbeitet und können Sozialhilfeleistungen nicht gewährt werden.
Rechte der Betroffenen	Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Datenübertragung, Löschung, Einschränkung oder Widerspruch gegen die Verarbeitung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben. Bei der Aufsichtsbehörde besteht ein Beschwerderecht.
Zuständige Aufsichtsbehörde	Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen Postfach 20 04 44 40102 Düsseldorf Tel.: 0211/38424-0 E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de Internet: www.ldi.nrw.de

**Hiermit bestätige ich \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_, dass ich das Hinweisblatt erhalten habe:**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift