

**GSH: Antrag auf Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Sozialgesetzbuch (SGB)
Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe**

Leistungen in Wohnpflegeheimen

1	Die Aufnahme ist erfolgt/soll erfolgen		Name der Einrichtung:	Aufnahmetag:
	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> kurzfristig	_____	_____
		<input type="checkbox"/> dauerhaft	_____	_____
2	<input type="checkbox"/> Leistungen der Tagesstruktur im Rahmen der Eingliederungshilfe			

3	<input type="checkbox"/> freiwillig			
4	<input type="checkbox"/> auf Antrag des/der	<input type="checkbox"/> Personensorgeberechtigten	<input type="checkbox"/> Vormunds	<input type="checkbox"/> Betreuers/Betreuerin
		<input type="checkbox"/> Bevollmächtigten		
5	<input type="checkbox"/> aufgrund folgender Rechtsgrundlage		_____	Az. des Gerichts: _____
	<small>(bitte angeben, z.B.: § 1906 BGB)</small>			
6	<input type="checkbox"/> Ich beantrage die aus Zeile 1 und 2 ausgewählte/n Leistung/en als Persönliches Budget.			

Angaben zur nachfragenden Person

7	Name:		
8	Vorname:		
9	Ggf. Geburtsname:		
10	Straße, Hausnummer:		
11	PLZ:	Wohnort - ggf. letzter Wohnort vor der Aufnahme:	
12	Telefon:	Fax:	E-Mail-Adresse:
13	Geb.-Datum:	Staatsangehörigkeit (bei Ausländern auch aufenthaltsrechtlicher Status):	
14	Geburtsort und -kreis:		
15	Geschlecht (m/w/d):	Familienstand (ledig/verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft/getr. lebend/geschieden/verwitwet):	seit:
16	Ausgeübter Beruf:		
17	Arbeitgeber:		

18	Wurde ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt/beantragt? <input type="checkbox"/> Nein
19	<input type="checkbox"/> Ja - ausgestellt am: _____ durch: _____ Az.: _____ GdB: _____
20	- beantragt am: _____ bei: _____
(Wenn bereits ein Schwerbehindertenausweis vorhanden ist, bitte Kopie beifügen!)	
Besteht ein Betreuungsverhältnis bzw. eine Vormundschaft? Liegt eine Bevollmächtigung vor? (Bitte Vollmacht beifügen!)	
21	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> eingeleitet am: _____
22	<input type="checkbox"/> Ja, Name, Anschrift: _____
23	Telefon: _____ Fax: _____ E-Mail-Adresse: _____
24	Bestellung durch Amtsgericht: _____ (Bitte Kopien beifügen! Aus den Unterlagen muss der Aufgabenkreis hervorgehen.)
Wurde die Anerkennung als Aussiedler/Aussiedlerin/Vertriebener/Vertriebene/Asylberechtigter/Asylberechtigte beantragt?	
25	<input type="checkbox"/> Nein
26	<input type="checkbox"/> Ja, am: _____ Ergebnis: _____ (Ggf. Kopien des Anerkennungsbescheides/Ausweises beifügen!)

Aufenthaltsverhältnisse

Aufenthalt der letzten 2 Monate vor der Aufnahme (ist auszufüllen, wenn der Wohnort der letzten 2 Monate nicht mit dem bereits vorgenannten Wohnort übereinstimmt):		
von	bis	Straße, Ort
27	_____	_____
28	_____	_____
29	_____	_____
30	_____	_____
Erfolgte die Einreise aus dem Ausland?		
31	<input type="checkbox"/> Nein	
32	<input type="checkbox"/> Ja, am: _____ aus: _____ (Zeit und Ort des Grenzübertritts)	
Wurde nach dem Grenzübertritt Sozialhilfe bezogen?		
33	<input type="checkbox"/> Nein	
34	<input type="checkbox"/> Ja, von: _____ bis: _____ zahlende Stelle: _____	

Prüfung der Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

Bestehen Ansprüche nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder analog anzuwendender Gesetze (z.B. Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienst-, Häftlingshilfe-, Infektionsschutz-, Opferentschädigungsgesetz)?	
35	<input type="checkbox"/> Nein
36	<input type="checkbox"/> Ja, als: <input type="checkbox"/> Beschädigter/Beschädigte <input type="checkbox"/> Hinterbliebener/Hinterbliebene (Witwer/Witwe/Waise/Eltern) (Bitte Kopie des Bescheides beifügen!)
Hat ein Familienangehöriger/eine Familienangehörige (Eltern, Ehegatte, eingetragene/r Lebenspartner/in sonstige/r Angehöriger/Angehörige in häuslicher Gemeinschaft) Ansprüche als Beschädigter nach den vorgenannten Gesetzen?	
37	<input type="checkbox"/> Nein
38	<input type="checkbox"/> Ja, Verwandtschaftsverhältnis: _____ (Bitte Kopie des Bescheides des Amtes für Versorgung und Soziales beifügen!)

Anspruch gegen Dritte

Besteht eine Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung/Pflegeversicherung?

39 Nein

Name, Anschrift:

Versicherungs-Nr.:

40 Ja, bei:

41 pflichtversichert

Rentner/in

als Fam.-Angehörige/r des/der

42 freiw. Mitglied

Rentenantragsteller/in

privat versichert

nach § 264 SGB V

Ist bereits ein Pflegegrad festgesetzt worden? Nein

Ja, und zwar PG 1 PG 2 PG 3 PG 4 PG 5

(Sofern vorhanden, bitte Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bzw. Bescheid der Pflegekasse über die Festsetzung des Pflegegrades beifügen!)

Wurde dort die Kostenübernahme beantragt?

43 Nein

44 Ja, am:

(Soweit über den Antrag entschieden ist, bitte Kopie des Bescheides beifügen!)

Bestehen Ansprüche gegen einen Rentenversicherungsträger (ist nur dann auszufüllen, wenn der/die Antragsteller/in nicht bereits Rentempfänger/in ist), weil mehr als 180 Beitragsmonate nachgewiesen wurden?

45 Nein

Name, Anschrift:

Vers.-Nr. inkl. Postabrechnungs-Nr.:

46 Ja, bei:

Ist die Behinderung bzw. 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 -

47 Nein

48 Ja Schadensersatzansprüche geltend gemacht am: _____ gegen: _____ Ergebnis: _____

Schadensersatzansprüche noch nicht geltend gemacht (bitte Namen des Schädigers; falls bekannt auch dessen Haftpflichtversicherung angeben)

Besteht ein Beihilfeanspruch nach/analog den Beihilfevorschriften des öffentlichen Dienstes? (wenn ja, Bezeichnung, Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle angeben)

49 Nein

50 Ja,

Bestehen sonstige Ansprüche? (z. B. Unterhaltsansprüche, Lebensversicherung, private Unfallversicherungen, Sterbegeldversicherung, Einsitzrecht, Altenteilsrecht, Leibrente etc. - wenn ja, bitte Höhe, Bezeichnung, ggf. Aktenzeichen/Versicherungs-Nr. und Anschrift des/der Verpflichteten angeben)

51 Nein

52 Ja,

Angaben über unterhaltspflichtige Angehörige

	Vater	Mutter	(geschiedener / getrennt lebender) Ehegatte/ eingetragene/r Lebenspartner/in/ Partner/in*	Kind 1	Kind 2
53 Name, ggf. Geburtsname					
54 Vorname					
55 Geburtsdatum					
56 Straße, Haus-Nr.					
57 Wohnort					
58 Telefon					
59 Fax					
60 E-Mail-Adresse					
61 ausgeübter Beruf					
62 Arbeitgeber					
63 Verfügen Ihre beiden Elternteile jeweils über ein jährliches Einkommen von mindestens 100.000€	<input type="checkbox"/> ja, mein Vater <input type="checkbox"/> ja, meine Mutter		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ist mir nicht bekannt	
64 Verfügt eines Ihrer Kinder über ein jährliches Einkommen von mindestens 100.000€?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ist mir nicht bekannt	
65 Wenn ja, welches Kind?	Bitte Name, Vorname eintragen				

* Zutreffendes bitte unterstreichen

EINKOMMENSVERHÄLTNISSE

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

(Wichtig: Bitte Belege beifügen! Insbesondere beim Bezug von Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII)

66	Name des Einkommensbeziehers/ der Einkommensbezieherin	Einkommensart	Betrag €	zahlende Stelle	Aktenzeichen ggf. mit Post- abrechnungsnummer

67	<p>Wurde eine Rente, eine Lohnersatzleistung (z. B. Arbeitslosengeld I/II, Krankengeld, Übergangsgeld) oder eine andere Sozialleistung (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII) beantragt, über die noch nicht entschieden wurde?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, und zwar</p> <p>Beantragte Leistung: _____ Anschrift und Aktenzeichen der ggf. zur Zahlung verpflichteten Stelle: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
----	--

Kosten der Unterkunft (falls erforderlich bitte gesondertes Beiblatt verwenden):

68	Monatliche Miete:	Mietnebenkosten:	Art der Nebenkosten:
69	Höhe der jährlichen Belastungen bei Haus-/Wohnungseigentum (bitte Belege beifügen):		
70	Lebt die nachfragende Person mit anderen als den in der Zeile 59 genannten Personen in häuslicher Gemeinschaft?		
71	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____		

Vom Einkommen sind abzusetzen (bitte Belege beifügen):

		nachfragende Person	Ehegatte/ eingetragene/r Lebenspartner/in/ Partner/in	1.	2.	3.
72	Aufwendungen für Arbeitsmittel/ Fahrkosten					
73	Beiträge zu Berufsverbänden					
74	Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung					
75	Beiträge für Versicherungen					
76	Art:					
77	Art:					
78	Art:					
79	Zu leistende Unterhalts- Zahlungen					
80	Art:					
81						

VERMÖGENSVERHÄLTNISSE

der nachfragenden Person und der gesteigert unterhaltspflichtigen Angehörigen

(bei Verheirateten: Ehegatte-E, bei eingetragener Lebenspartnerschaft: Lebenspartner/in-LP, Partner/in in eheähnlicher oder Lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft,-P)

82	<input type="checkbox"/> Ich/Wir besitze(n) kein Vermögen.	<input type="checkbox"/> Ich/Wir besitze(n) folgendes Vermögen: (Bitte Belege beifügen!)
83	a) Bargeld und Guthaben auf Girokonten, Sparbüchern, Prämien- und Bausparverträgen (sofern es sich nicht um Vermögen der nachfragenden Person handelt, bitte Bezeichnung des Eigentümers/der Eigentümerin wie oben angeben!):	
	IBAN/BIC/Vertrags-Nr.: _____	Betrag: _____
	Art des Vermögens, Name und Anschrift des Kreditinstitutes/Versicherungsunternehmens, ggf. anderer Eigentümer (siehe oben -E/LP/P): _____	
	IBAN/BIC/Vertrags-Nr.: _____	Betrag: _____
	Art des Vermögens, Name und Anschrift des Kreditinstitutes/Versicherungsunternehmens, ggf. anderer Eigentümer (siehe oben -E/LP/P): _____	
	IBAN/BIC/Vertrags-Nr.: _____	Betrag: _____
	Art des Vermögens, Name und Anschrift des Kreditinstitutes/Versicherungsunternehmens, ggf. anderer Eigentümer (siehe oben -E/LP/P): _____	
	(Bei weiteren Konten, Sparbüchern, Prämien- und Bausparverträgen bitte gesonderte Aufstellung beifügen!)	
84	b) Wertpapiere (z.B. Pfandbriefe, Bundesschatzbriefe, Anleihen, Aktien):	
85	c) Hausgrundstück, Wohnungseigentum, Miteigentum:	
	Anschrift: _____	
	Ggf. Anzahl der Wohnungen: _____	Größe: _____ Miteigentumsanteil: _____
	Grundstücksgröße in qm: _____ Gemarkung/Flur-/Flurstück-Nr.: _____	
86	d) Sonstiger Grundbesitz:	
	Art, Lage, Verkehrswert: _____	
	Gemarkung/Flur-/Flurstück-Nr.: _____	
87	e) Sonstiges Vermögen (z.B. Rückkaufswerte von Lebensversicherungen, Sachwerte, Erbschaftsansprüche)	

Früheres Vermögen (z. B. Barvermögen, Wertpapiere, Haus- oder Grundvermögen)

88	<input type="checkbox"/> Ich/Wir habe(n) innerhalb der letzten 10 Jahre kein Vermögen veräußert, übertragen bzw. verschenkt.			
89	<input type="checkbox"/> folgendes Vermögen	<input type="checkbox"/> veräußert:	<input type="checkbox"/> übertragen:	<input type="checkbox"/> verschenkt:
	Bezeichnung: _____	Wert: _____	Datum: _____	an (Name, Anschrift): _____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	(Nachweise bzw. Urkunden bitte ggf. in Kopie beifügen!)			

Einkommensverhältnisse,

auch die der gesteigert unterhaltspflichtigen Angehörigen (bei Verheirateten: Ehegatte, eingetragene/r Lebenspartner/in, Partner/in in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft).

Vermögensverhältnisse,

auch die der gesteigert unterhaltspflichtigen Angehörigen (bei Verheirateten: Ehegatte, eingetragene/r Lebenspartner/in, Partner/in in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft).

Erklärung der nachfragenden Person oder des/der rechtlichen Vertreters/in falls diese/r Antragsteller/in ist:

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 sowie Wohnungswechsel - unverzüglich und unaufgefordert der bewilligenden Stelle mitzuteilen.

Im Rahmen meiner Mitwirkungspflicht nach dem Sozialgesetzbuch (§§ 60 - 67 SGB, 1. Buch) 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. Das Merkblatt M (Auszug aus dem Sozialgesetzbuch über die Mitwirkungspflichten des Leistungsberechtigten) habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.

Komme ich meiner Mitwirkungspflicht nicht nach, kann dies zur Ablehnung des Antrages 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.

Die gesonderten Datenschutzhinweise zu den Informationspflichten des LWV Hessen nach Art. 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) in Verbindung mit § 82 und 82a SGB X (hier abrufbar: <https://www.lwv-hessen.de/datenschutz-erklaerung/datenschutzhinweise-leistungen-sgb/>) habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten zur Durchführung der Berechnung von Leistungen in einer Anlage zur automatisierten Datenverarbeitung gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift der nachfragenden Person bzw. ihrer/ihrer rechtlichen Vertreters/in bzw. Bevollmächtigten, falls diese/r Antragsteller/in ist

Ansprechpartner/in für evtl. Rückfragen

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail-Adresse: _____

Name, Vorname:

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort):

Landeswohlfahrtsverband Hessen
Überörtlicher Sozialhilfeträger

VORBLATT GSH

Antrag auf Sozialhilfeleistungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegenden vordruckmäßigen Sozialhilfeantrag erhalten Sie mit der Bitte um baldige Entscheidung.
(Raum für weitere Mitteilungen):

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift