

### Antrag auf Pflegegeld ab

Neuantrag

Änderung

Heimplatzwechsel

#### A. Angaben zu dem/der Heimbewohner/in

Name	Vorname	Geburtsdatum
Letzte Anschrift vor Aufnahme in die Pflegeeinrichtung		Familienstand
Tag der Aufnahme	Zimmer	Aktenzeichen (Sozialamt)

Der/Die Pflegebedürftige besitzt Ansprüche auf Kriegsopferversorgung (KOF)  Ja  Nein

Der/Die Pflegebedürftige erhält Sondennahrung  Ja  Nein

#### B. Angaben zum Einkommens- und Vermögensverhältnis

Bescheid der Pflegekasse  ist beigefügt  liegt bereits vor  werden nachgereicht

Einkommens- und Vermögensnachweis

des Bewohners ggfs. Ehegatten

ist beigefügt  liegt bereits vor  werden nachgereicht

Wurde bereits ein Antrag auf Hilfe zur Pflege gestellt?  Ja  Nein

#### C. Angaben der Pflegeeinrichtung

<input type="checkbox"/>	Für die Einrichtung besteht eine Vergütungsvereinbarung gem. §§ 84, 85 und 87 SGB XI
<input type="checkbox"/>	Nachweis über die genehmigten gesondert berechenbaren Aufwendungen liegen dem Rhein-Sieg-Kreis bereits vor bzw. sind dem Antrag beigefügt
<input type="checkbox"/>	Ergebnis der Festsetzung nach § 12 APG DVO und eine Bescheinigung der zuständigen Behörde nach WTG über die Erfüllung der qualitativen Voraussetzungen sind beigefügt bzw. liegen dem Rhein-Sieg-Kreis bereits vor.
<input type="checkbox"/>	Es wird bestätigt dass der/die Heimbewohner/in einen Pflegeplatz belegt, der pflegewohngeldrechtlich bezuschusst werden kann.
<input type="checkbox"/>	Die gesondert berechenbaren Aufwendungen soweit hier auf Pflegegeld gezahlt wird, werden der/dem Pflegebedürftigen NICHT in Rechnung gestellt
<input type="checkbox"/>	Bei Antragstellung durch die Einrichtung: Zustimmung der/des Bewohner/in bzw. Vertreter/in liegt vor und ist beigefügt.

## Zustimmung zur Antragstellung auf Pflegegeld

Hiermit erkläre ich gem. § 16 Abs. 2 APG DVO

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

meine Zustimmung zur Antragstellung auf Leistungen gem. § 14 Alten- und Pflegegesetz (APG NW) - Pflegegeld - durch den Träger der Einrichtung

Name der Pflegeeinrichtung
Straße, Hausnummer
PLZ, Ort

Eine das weitere Verwaltungsverfahren betreffende Vollmacht wird hierdurch nicht begründet.

Meine Mitwirkungspflichten gem. § 16 Abs. 3 APG DVO iVm. §§ 60, 66 und 67 SGB I habe ich ausdrücklich zur Kenntnis genommen.

Die Zahlung des Pflegegeldes erfolgt gem. §16 Abs. 4 APG DVO unmittelbar an die Einrichtung.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der / des Antragsteller/in bzw.  
der / des Bevollmächtigten / Betreuer/ in

**- Ausfertigung für das Sozialamt des Rhein-Sieg-Kreises -**