

## Pflegewohngeldantrag

**KREIS LIPPE**

Der Landrat

Fachdienst für Soziales und Integration

Pflegewohngeld

**32754 Detmold**

Name der Einrichtung

Anschrift der Einrichtung

**Es wird die Bezuschussung der investiven Kosten durch die Gewährung der Pflegewohngeldpauschale beantragt für**

Name, Vorname

Geburtsdatum

**Familienstand**

- ledig                       verheiratet                       in eingetragener Lebenspartnerschaft lebend  
 in eheähnll. Gmsch. lebend    getrennt lebend                       geschieden                       verwitwet

Anschrift: letzter Wohnsitz bzw. Wohnsitz in den letzten 2 Monaten vor der Aufnahme in die Einrichtung

Name und Anschrift der Bezugsperson, bei der weitere Auskünfte und Unterlagen angefordert werden können

**Die Aufnahme erfolgte am**

**im**

EBZ

MBZ

Zuerkannter Pflegegrad

**Bei Heimbewohner/-innen, die bereits am 31.12.2016 stationär versorgt wurden:  
Besitzstandszahlungen der Pflegekasse:**

**Für die Einrichtung bestehen**

- genehmigte Vergütungsvereinbarungen gemäß der §§ 85 / 87 SGB XI und / oder § 75 ff. SGB XII.  
 die genehmigte Zustimmung zur gesonderten Berechnung der Investitionsaufwendungen nach § 15 Gesetz zur Weiterentwicklung des Landespflegerechtes und Sicherung einer unterstützenden Infrastruktur für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige (Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen - APG NRW)  
 Desweiteren wird versichert, dass die Investitionsaufwendungen dem Bewohner / der Bewohne-  
 rin **nicht** in Rechnung gestellt werden, wenn diese durch die Zahlung der monatlichen Pflege-  
 wohngeldpauschale in voller Höhe bezuschusst werden.

**Dem Antrag sind beigefügt**

- die von dem/der PWG-Berechtigten (der Betreuungsperson) vervollständigte u. unterschriebene S. 2  
 die Mietbescheinigung der Einrichtung                       in Kopie der Bescheid der Pflegekasse  
 in Kopie der Schwerbehindertenausweis                       in Kopie sonstige Unterlagen  
 (nur bei -GdB 100-, oder -GdB < 100 mit Merkmal G-)

Ort

Datum

Für die **Richtigkeit:**

Mitarbeiter(in) der Heimverwaltung

gez.:

## Vermögensschonbeträge

für Alleinstehende

bis zu 10.000,00 €

für Verheiratete, in eingetragener Lebenspartnerschaft lebende  
in eheähnlicher Gemeinschaft lebende

bis zu 15.000,00 €

### Ich bin / der (die) von mir Betreute ist

- Haus- / Wohnungseigentümer  nein  ja
- Inhaber eines Altenteils- / Wohnrechtes  nein  ja
- Es existiert noch weiterer Grundbesitz  nein  ja
- Mein / das Sparvermögen liegt derzeit noch  **über** dem entsprechenden Schonbetrag
- Mein/das/unser Sparvermög. ist aufgezehrt bis auf  annäh. **10.000 €**  annähernd **15.000 €**

### Von mir / von dem (der) Betreuten

- wurde Bar- und / oder Grundverm. verschenkt  nein  ja
- Nachweispflichtiger Zeitraum: bis zu 10 Jahre vor Antragstellung (evtl. Eintritt des Hilfebedarfs)

### Zu Schenkungen / Grundstücksübertragungen:

Da (eine) Schenkung(en) / Grundstücksübertragung(en) vorgenommen wurde(n), ist zunächst auf einem Extrablatt angegeben, **wer** (Vorname, Nachname und Anschrift) **wann, was** und / oder **wieviel** erhalten hat.

### Einnahmen des / der Pflegewohngeldberechtigten, evtl. der Einstandsgemeinschaft

(Ehegatten, in Lebenspartnerschaft lebende, in eheähnlicher Gemeinschaft zusammenlebende)

**alle sonstigen (evtl. gemeinsamen) Einnahmen**      **Gesamtbetrag**      **netto** \_\_\_\_\_

**(evtl. gemeinsame) Leibrenten und Pensionen**      **Gesamtbetrag**      **netto** \_\_\_\_\_

**Beihilfeberechtigung**       besteht       besteht nicht       besteht für Eheg./Lebpart.

### Als Nachweise zu den Angaben sind beigefügt

- Kopien aller Seiten **des Sparbuches/der Sparbücher** mit den Kontobewegungen der letzten 10 Jahre (das gilt auch für bereits entwertete Bücher, wenn die Bewegungen auf diesen Büchern innerhalb des 10-Jahreszeitraum waren)
- **Bankauflistung(en)** über die Valuta aller im vergangenen 10-Jahreszeitraum geführten Konten, und zwar jeweils zum 31.12.; über **Zinsgutschriften** für das vergangene Jahr sowie über momentane Guthabenstände bei Wertpapierbesitz, die von der Bank mit dem **aktuellen Wert** (Guthaben ./ . steuerliche Abgaben) anzugeben sind.
- Kopien der **Girokontoauszüge der letzten vier Monate** vor Antragstellung
- Kopien d. **Policen** u. den/die aktuellen **Rückkaufswerte** der Kapitalvs. wie priv. Lebens-/Renten-/Sterbegeldvs.
- Kopie des **Bescheides der Pflegekasse** über die Einstufung (wenn nicht von der Einrichtung angefügt)
- Kopien **aller Einnahmennachweise** (Einn. aus EU-/Alters-/Witwen-/Unfall-/Werks-/Betriebsrenten/sonstige, Pensionen usw.)
- Kopien vom **Übergabevertrag** - der/den **Schenkungsurkunde(n)** - von allen Seiten des **Grundbuches**

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift: Pflegewohngeldberechtigte(r)  
Betreuer(in) / Bevollmächtigte(r) mit Urkunde / Vollmacht

## Zustimmung zur Antragstellung auf Pflegegeld

Hiermit erkläre ich / erkläre ich für

Name (HeimbewohnerIn)	Vorname	Geburtsdatum

meine Zustimmung gem. § 16 Abs. 2 APG DVO zur Antragstellung auf Leistungen gem. § 14 Alten- und Pflegegesetz (APG NW) – Pflegewohngeld – 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



**Erklärung zum Bar- und Sparvermögen sowie zu sonstigen Vermögenswerten**

Name, Vorname der leistungsnachfragenden Person

Mir/uns ist bekannt bzw. als Betreuer(in) ist mir bekannt, dass die Gewährung von Leistungen nach dem SGB XII vom Einsatz des Einkommens und des **verwertbaren Vermögens** abhängig ist und dass ich **verpflichtet** bin, meine / die Vermögensverhältnisse der von mir betreuten Person (und evtl. des nicht getrennt lebenden Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners) **vollständig** offen zu legen. Zur Vermögensübertragung **innerhalb der letzten 10 Jahre** vor Eintritt der erstmaligen Sozialhilfebedürftigkeit wurde auf der Rückseite (auf dem Beiblatt) eine erläuternde Erklärung abgegeben. Für die **länger als 10 Jahre** zurückliegende Übertragung von Grundvermögen wurde nur eine Kopie des Übergabevertrages beigelegt.

**Ich / wir verfüge(n) / die von mir betreute Person (ggf. zusammen mit dem Ehe- bzw. Lebenspartner) verfügt über folgendes Vermögen:**

Barvermögen		€
Guthaben auf dem Girokonto / den Girokonten		€
Sparguthaben bei der		€
Sparguthaben bei der		€
Bausparguthaben bei der		€
Wertpapierbesitz bei der	aktueller Wert	€
Haus- und Grundbesitz in	Verkehrswert	€
ein Kraftfahrzeug mit dem Kennzeichen	Zeitwert d. Kfz	€

**Kapitalbildende Versicherungen**

(bitte evtl. vorh. Versicherung ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Sterbegeldversicherung	Rückkaufswert	€
<input type="checkbox"/>	Kapitallebensversicherung	Rückkaufswert	€

**Zweckgebundene Vorsorgeverträge**

(bitte evtl. vorh. Vertrag ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Bestattungsvorsorgevertrag	Vertragswert	€
<input type="checkbox"/>	Dauergrabpflegevertrag	Vertragswert	€

**Weiteres Vermögen**

ist **nicht** vorhanden  **ist vorhanden** (s. dazu die Rückseite bzw. das Extrablatt)

Ich versichere, wir versichern, dass die Angaben nach bestem Wissen gemacht worden sind. Es ist mir/uns bekannt, dass bei unvollständigen oder unwahren Angaben eine strafrechtliche Verfolgung möglich ist (§ 263 Strafgesetzbuch -StGB-) und dass zu Unrecht gewährte Sozialleistungen zu erstatten sind (§§ 45, 50 Sozialgesetzbuch -Zehntes Buch- (SGB X) in Verbindung mit § 104 SGB XII).

**NACHWEISE zu den Angaben sind beigelegt!**

Ort, Datum

Unterschrift(en): Leistungsnachfragende(r) und ggf. Ehegatte bzw. Lebenspartner(in), Betreuer(in) oder Bevollmächtigte(r)



**Vollmachtserteilung**  
**zur Vorlage beim Kreis Lippe - Fachdienst Soziales und Integration**

**KREIS LIPPE**

Der Landrat

Fachdienst Soziales u. Integration

**32754 Detmold**

Vorname, Name Leistungsnachfragende(r)

Geburtsdatum

Anschrift

**Da keine gerichtliche Betreuung bestellt wurde / wird, bevollmächtige ich**

Herrn/ Frau **Vorname, Name**

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon

**für mich** beim Kreis Lippe - Fachdienst Soziales und Integration  
folgenden Antrag (nur die angekreuzte Antragsart gilt) zu stellen,

Übernahme/Gewährung von Leistungen im Rahmen der **häuslichen Pflege**

Übernahme/Gewährung von Leistungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege **in Einrichtungen**

**die Entscheidung** über den gestellten Antrag entgegen zu nehmen und, falls erforderlich, in meinem Namen, **meine Rechte** gegen die getroffene Entscheidung des Kreises Lippe wahrzunehmen.

Ort, Datum

Vollständige Unterschrift der leistungsnachfragenden Person





# Mietbescheinigung für den vollstationären Heimaufenthalt

## KREIS LIPPE

Der Landrat  
FG 3.1 - Team 3.1.2  
Pflegewohngeld; Hilfe bei Pflege  
und Behinderung in Einrichtungen

32754 Detmold

Name der Einrichtung

Anschrift der Einrichtung

Einr.-Nummer beim Kreis Lippe

Jahr des Erstbezugs

bzw. Jahr der Fertigstellung der letzten  
umfassenden Modernisierung

wohngeldrechtliche Mietstufe am Ort

Herr / Frau

Geburtsdatum

**wurde vollstationär  
aufgenommen am**

\_\_\_\_\_ in einem \_\_\_\_\_ Quadratmeter großen

**EBZ** mit  Normalverpflegung  Ernährung durch Einwegsonde

**MBZ** mit  Normalverpflegung  Ernährung durch Einwegsonde

Er / Sie ist  **nicht** pflegevers.  **pflegeversichert** bei der

Name der Pflegekasse

Anschrift der Pflegekasse

### Zuerkannt wurde ihm / ihr

- |                                          |                                        |                                            |
|------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1  | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2      |
| <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3    | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4  | <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5      |
| <b>Der Pflegekassenbescheid</b>          | <input type="checkbox"/> ist beigefügt | <input type="checkbox"/> wird nachgereicht |

### Ein Schwerbehindertenausweis

(nur -GdB 100- oder -GdB < 100 mit Merkmal G-)

- ist **nicht** vorhanden  ist beigefügt  
 wird beantragt und nachgereicht

Ort

Für die **Richtigkeit**:  
Mitarbeiter(in) der Heimverwaltung

Datum

gez.: