|  |  |
| --- | --- |
| **Träger/Einrichtung:**                          | **Bevollmächtigter/Betreuer: (Bitte Vollmacht/ Bestellung beifügen)****Name:**      **Adresse:**            **Telefonnummer:**      **Mobil:**       |

[ ]  Kriegsopferfürsorge **(KOF)**

 [ ]  Höherstufung beantragt am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [ ]  Erste Kontaktaufnahme mit dem Träger/der Einrichtung am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Antrag auf Pflegewohngeld ab:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Neuantrag **(immer in Original)** [ ]  Änderung / Weiterbewilligung [ ]  Heimplatzwechsel

**A. Angaben zur Person der/des Pflegebedürftigen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name      | Vorname      | Geburtsdatum      | Familienstand      |
| Letzte Anschrift vor Aufnahme in die Pflegeeinrichtung(bei Heimplatzwechsel: letzte Anschrift vor erstmaliger Aufnahme im Pflegeheim)      |
| Tag der Aufnahme in die Pflegeeinrichtung:      | Zustimmungserklärung ist beigefügt [ ] (bei Neuantrag) wird nachgereicht [ ]  |
| Pflegegrad:       seit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  Einzelzimmer incl. Zuschlag[ ]  Mehrbettzimmer |
| Der tägliche Pflegesatz beträgt seit dem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € |

**B. Angaben zu den Einkommens- und Vermögensverhältnissen**  **und**  **nicht getrennt lebenden**  **sowie den Ansprüchen gegen die Pflegekasse**

Grundsätzlich sind die Belege beizufügen lediglich im Ausnahmefall können diese zur Fristwahrung nachgereicht werden.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zutreffendes bitte ankreuzen** | **ist/sind beigefügt** | **liegt/liegen vor** | **wird/werden nachgereicht** |
|  |  |  |  |
| 1.) Einkommenserklärung | [ ]  | [ ]  | [ ]  bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 2.) Einkommensnachweise[[1]](#footnote-1) | [ ]  | [ ]  | [ ]  bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 3.) Vermögenserklärung | [ ]  | [ ]  | [ ]  bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 4.) Vermögensnachweise | [ ]  | [ ]  | [ ]  bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 5.) Bescheid der Pflegekasse über vollstationäre Pflegeleistungen | [ ]  | [ ]  | [ ]  bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**C. Angaben der Pflegeeinrichtung**

 (Zutreffendes bitte ankreuzen)

|  |  |
| --- | --- |
| Für die Einrichtung besteht | [ ]  ein Versorgungsvertrag gem. § 72 Abs. 1 SGB XI |
|  | [ ]  Bestandsschutz für vollst. Einrichtungen gem. § 73 Abs. 3 und 4 SGB XI |
|  | [ ]  eine Vergütungsvereinbarung gem. § 85 SGB XI (liegt vor) |

|  |
| --- |
| Der Nachweis über die genehmigten, gesondert berechenbaren, Aufwendungen gem. § 82 Abs. 3 SGB XI |
| [ ]  **ist beigefügt** | [ ]  **liegt vor** |
| Für den belegten Heimplatz liegt Bedarfsbestätigung durch den überörtlichen Träger der Sozialhilfe(§ 11 Abs. 7 APG NRW) vor |
| [ ]  **ja** | [ ]  **nein** |

     ,      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Einrichtungsmitarbeiter(in)

Sofern die Antragsstellung **nicht** mit Zustimmung des Bewohners durch das Heim erfolgt:

     ,      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der/des Antragsteller/in bzw.

 der/des Bevollmächtigten/Betreuer/in

**D. Zustimmungserklärung**

gemäß § 16 Abs. 2 APG DVO

Hiermit erkläre ich

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

gemäß § 16 Abs. 2 APG DVO meine Zustimmung zur Antragstellung auf Leistungen gemäß § 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 gemäß § 16 Abs. 3 APG DVO i.V.m. §§ 60, 66 und 67 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) habe ich ausdrücklich zur Kenntnis genommen.

Die Zahlung des Pflegewohngeldes erfolgt gemäß § 16 Abs. 4 APG DVO unmittelbar an die Einrichtung.

Diese Zustimmungserklärung gilt bis auf Weiteres

[ ]  für die erstmalige Beantragung

[ ]  für Folgeanträge

\_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der/des Antragstellers/in

bzw. der/des Bevollmächtigten

1. Rentenbescheide der Rentenversicherungsträger (auch Werksrenten, Zusatzrenten, usw. - incl. zu erwartende Sonderzahlungen) [↑](#footnote-ref-1)