



Anmeldung für einen Heimaufenthalt

Vielen Dank, dass Sie sich für einen Aufenthalt in unserer Einrichtung interessieren.

Für die Anmeldung sind verschiedene Dokumente und Daten von Ihnen/Ihren Angehörigen bzw. Betreuten wichtig.

Folgende Unterlagen benötigen wir von Ihnen:

- Den ausgefüllten Anmeldebogen. (Bitte notieren Sie sich mögliche Fragen auf der Anmeldung, diese können dann beim persönlichen Gespräch gerne geklärt werden.)
- Eine ärztliche Bescheinigung durch den Hausarzt bzw. eine Pflegeüberleitung durch das Krankenhaus.
- Kopie des Impfnachweis gegen SARS-CoV-2 Virus oder ein Genesen-Nachweis. Am Tag des Einzuges muss das Original vorgelegt werden.
- Kopie der Pflegegradeinordnung des Medizinischen Dienstes Ihrer Krankenkasse (MD). ggf. Leistungsbescheid der Höhergradierung oder dessen Beantragung.
- Kopie der letzten Rentenbescheide, sonstige Einkommens- und Vermögensnachweise. Kopien der Kontoauszüge der vergangenen drei Monate.
- Kopie von einer vorhandenen Vollmacht oder Bestellsurkunde eines Betreuers und ggf. einer Patientenverfügung. Am Tag des Einzuges muss das Original vorgelegt werden. Danach verbleiben nur Kopien der Dokumente in der Einrichtung.
- Kopie des Personalausweises, Versichertenkarte und ggf. Befreiungsausweises der Kranken-/Pflegekasse sowie des ggf. vorhandenen Schwerbehindertenausweises. Am Tag des Einzuges müssen die Originale vorgelegt werden. Danach verbleiben meist Kopien der Dokumente in der Einrichtung.
- Prüfung der Übernahme der Kosten des Heimaufenthaltes durch das Sozialamt, falls das eigene Einkommen und/oder Vermögen nicht zur Deckung dieser ausreicht. Weitere Informationen hierrüber entnehmen Sie dem beiliegenden Informationsblatt zur Heimfinanzierung.

Des Weiteren finden Sie in der Anlage eine Übersicht über die aktuellen Kosten, die – je nach Pflegegrad und Einrichtung – beim Einzug/Aufenthalt entstehen werden sowie weitere Informationsmaterialien. Bitte reichen Sie die Anmeldung mit den vollständigen Anlagen so früh wie möglich per E-Mail oder per Post ein. Die Unterlagen die wir als Original benötigen sind erst beim Einzug notwendig.

Wir beraten Sie gern und ausführlich zu all Ihren Fragen und begleiten Sie über die behördlichen Schritte und Anträge bis hin zum endgültigen Einzug/Aufenthalt. Wir freuen uns auf Sie!

Anlagen:

- Anmeldung
- Ärztlicher Fragebogen
- Pflegesatztablelle
- Informationsblatt zur Heimfinanzierung

Ihre persönliche Checkliste zum Heimaufenthalt

Lfd.Nr.	Unterlagen / Nachweise / Bescheinigungen / Dokumente	Erledigt?
1	Ausgefüllter Anmeldebogen.	<input type="checkbox"/> _____
2	Ärztlicher Fragebogen oder Pflegeüberleitung und ggf. aktueller Medikamentenplan.	<input type="checkbox"/> _____
3	Personalausweis und ggf. Schwerbehindertenausweis.	<input type="checkbox"/> _____
4	Gesundheitskarte und ggf. Befreiungsausweis.	<input type="checkbox"/> _____
5	Impfnachweis gegen das SARS-CoV-2 Virus.	<input type="checkbox"/> _____
6	Pflegegradeinordnung, Antrag auf Höhergradierung und/oder Nachweis dessen Beantragung.	<input type="checkbox"/> _____
7	Vollmacht oder Betreuungsurkunde sowie ggf. eine Patientenverfügung und Bestattervertrag.	<input type="checkbox"/> _____
8	Einkommens- und Vermögensnachweise (Kontoauszüge der vergangenen drei Monate, Rentenbescheide und ggf. andere Nachweise wie bspw. Unterhaltsverpflichtungen, Darlehen oder kapitalbildende Versicherungen etc.)	<input type="checkbox"/> _____
9	Unterschriebener Wohn- und Betreuungsvertrag oder Kurzzeitpflegevertrag mit allen Anlagen.	<input type="checkbox"/> _____
10	Antrag und/oder Bestätigungsschreiben der Pflegekasse über die Leistungszusage des Heimaufenthaltes.	<input type="checkbox"/> _____
11	Ausgefüllte Rentenüberleitung (bei Sozialhilfeanspruch in der stationären Pflege) oder unterschriebenes SEPA-Lastschriftmandat.	<input type="checkbox"/> _____
12	Ausgefüllter Biografiebogen.	<input type="checkbox"/> _____



Anmeldung / Aufenthaltsdaten:

<input type="checkbox"/> Tagespflege, gewünschte Wochentage	Mo <input type="checkbox"/> Die <input type="checkbox"/> Mit <input type="checkbox"/> Do <input type="checkbox"/> Fr <input type="checkbox"/>
wird der Fahrdienst gewünscht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> auf Dauer oder <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	ab/von _____ bis _____
Gewünschte Wohnform:	<input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/> DZ Zimmer - Nr.
Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden?	

Personalien des/der Kund*in:

Name:	Geburtsname:
Vorname/n:	Geburtsdatum:
Geburtsort:	Staatsangehörigkeit
PLZ:	Ort:
Straße:	Telefon/Mobil:
Derzeitiger Aufenthalt (z.B. Krankenhaus, etc.):	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
Religion/Konfession	<input type="checkbox"/> evang. <input type="checkbox"/> kath. <input type="checkbox"/> konfessionslos <input type="checkbox"/> Sonstige:

Angaben zur Pflegeversicherung:

Kranken- / Pflegekasse:	Mitglieds - Nr.
Zusätzliche Betreuungsleistungen §45a / §43b	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
(wenn nein, liegt eine Verzichtserklärung vor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein)	
Wurde ein Antrag auf Leistungen gestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Liegt eine Leistungszusage Ihrer Pflegeversicherung vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn „ja“ für welchen Pflegegrad?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Liegt die Heimnotwendigkeitsbescheinigung des Medizinischen Dienstes (MD) oder eine Leistungszusage Ihrer Pflegekasse vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ist beantragt



Mit wem ist Rücksprache zu führen? (Angehörige / Berufsbetreuer*in):

Angehörige <input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2	
Name:			
Vorname:			
Wie verwandt:			
Straße:			
PLZ & Ort:			
Telefon privat:			
Telefon mobil:			
Telefon dienstlich:			
E-Mail-Adresse:			
Betreuungsurkunde liegt vor		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ist beantragt am:	
Vollmacht liegt vor		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Rechnung an (nur bei Finanzvollmacht):			
Name:		Vorname:	
Telefon/Mobil:		E-Mail:	
Straße:		Ort:	
Bitte ggf. Kopie der Betreuungsurkunde / Vollmacht beifügen.			
Weitere Dokumente:			
Patientenverfügung:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein von:	
Nachweis der SARS-CoV Impfung o. Genesung:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein vom:	
Medikamentenbefreiung:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein bis:	
Medikamentenblatt:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein von:	
Ärztl. Fragebogen: (nicht älter als 3 Monate):		<input type="checkbox"/> ja	
Personal- / Schwerbehindertenausweis:		<input type="checkbox"/> ja	
Aktuelle Rentenbescheide:		<input type="checkbox"/> ja	
Kontoauszüge (der letzten drei Monate):		<input type="checkbox"/> ja	
Ärztliche Versorgung durch:			
Arzt <input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2	
Name:			
Straße:			
Ort:			
Telefon:			
Fachrichtung:			



Erklärung zur Heimfinanzierung:	
Einkommens-/Rentenbezeichnung:	
1.	€
2.	€
3.	€
Bankverbindung für SEPA-Mandat: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Name des Kontoinhabers:	
Name des Kreditinstituts:	
IBAN:	
BIC:	
Vermögen & Sparguthaben: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja in Höhe von €	
Grundbesitz/Eigentum: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja im Wert von ca. €	
Wertpapiere: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja in Höhe von ca. €	
Mieteinnahmen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja in Höhe von €	
Darlehen oder andere Schulden: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja in Höhe von ca. €	
Zahlungsverpflichtungen vorhanden: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja in Höhe von ca. €	
(Es werden nur gerichtliche Bescheide anerkannt, keine privaten Vereinbarungen/Verträge.)	
Die Heimkosten werden finanziert durch:	
<input type="checkbox"/> Selbstzahlung	<input type="checkbox"/> Kriegsoferfürsorge
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe, Antrag wurde gestellt am:	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt (Gilt auch wenn die/der verstorbene Ehepartner*in berechtigt war.)
Gesundheit:	
Inkontinenz <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/>	
(Weitere Details zur Gesundheit werden im ärztlichen Fragebogen oder Pflegeüberleitbogen erläutert.)	
Sonstiges (z.B. Hilfsmittel, Sondennahrung etc.):	
Ort, Datum sowie Unterschrift der Bewerberin/des Bewerbers oder der Betreuerin/des Betreuers bzw. der/des Bevollmächtigten	
den	



A-III-2-5
Anmeldebogen

Qualitätsmanagementhandbuch
Seniorenzentren / Tagespflege

Bemerkungen:	
<p><i>Bitte reichen Sie diese Anmeldung zusammen mit dem vom derzeitig behandelnden Arzt ausgefüllten ärztlichen Fragebogen ein. Beachten Sie, dass die Anmeldung ohne den vom Arzt/der Ärztin ausgefüllten Bogen nicht vollständig ist. Bitte halten Sie Kontakt zu unserer Einrichtung. Ihre persönlichen Daten werden im Sinne der EU-DSGVO nur für eigene Zwecke gespeichert und verarbeitet.</i></p>	
Von der Einrichtung auszufüllen:	
Heimaufnahme/Anzeige beim Sozialamt gestellt	am:
Renteneinzug ab:	Barbetragsauszahlung ab:
Pflegewohngeld: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, gestellt am:
	wenn nein, Verzichtserklärung <input type="checkbox"/> ja
Ort, Datum sowie Unterschrift der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters	
den	
Bemerkungen:	

Bearbeiter / Datum	Prüfung SysBU Datum	Freigabe GF / Datum	QMA III-2.3	Seite
Strzalka 04.01.23	Bacht 11.01.23	Woroch 12.01.23	Version 09	4 von 7

 Seniorendienste Niederrhein gGmbH	Qualitätsmanagement
A-III-2-5 Anmeldebogen	Qualitätsmanagementhandbuch Seniorenzentren / Tagespflege

Informationen zur Datenverarbeitung personenbezogener Daten von Kund*innen gem. Art. 13 DSGVO

Sehr geehrte*r Kund*in,

wir nehmen den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten sehr ernst. Wir verarbeiten Ihre Daten nach den Maßgaben der EU-Datenschutz Grundverordnung (DSGVO) und des Datenschutz-Anpassungs- und Umsetzungsgesetz EU (DSAnpUG-EU). Im Folgenden informieren wir Sie gem. Art. 12 und Art. 13 DSGVO über die Verarbeitung Ihrer Daten.

Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich? (Art. 13 Abs. 1 a, b DSGVO)

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

AWO Seniorendienste Niederrhein gGmbH
Lützowstraße 32, 45141 Essen
Tel.-Nr.: 0201- 3105- 0

Wir haben für unser Unternehmen einen gesetzlich vorgeschriebenen Datenschutzbeauftragten bestellt. Fragen zum Datenschutz können Sie stellen an:

Herr Schlütter
Datenschutzbeauftragter (Extern)

Speditionstr. 21, 40221 Düsseldorf
Tel.: 0211- 972 635 99
E-Mail: datenschutz.sd@awo-niederrhein.de

Zu welchen Zwecken und auf welcher Rechtsgrundlage verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten? (Art. 13 Abs. 1 c, d, Art. 6 DSGVO und § 26 DSAnpUG-EU)

Wenn Sie sich wegen eines Angebots an uns wenden, speichern wir Ihre Daten in unseren Kund*innen-Datenbanken (unter Kund*innen verstehen wir: Bewohner*innen unserer Einrichtungen und Nutzer*innen unserer Dienstleistungsangebote). damit wir im Falle des Vertragsschlusses darauf zurückgreifen können (Art. 6 Abs. 1 f DSGVO). Sofern wir nur eine Anfrage von Ihnen beantworten, so speichern wir Ihre Daten nur zu dem Zweck, Ihre Anfrage zu beantworten und verwenden Ihre Daten zu keinem anderen Zweck. Wir verarbeiten nur solche Daten, die wir von Ihnen direkt im Rahmen des jeweiligen Geschäftsvorfalles oder bei der allgemeinen Kommunikation bekommen haben, z.B. zum Abschluss und zur Durchführung von Verträgen. Die Rechtsgrundlage ist der Art. 6 Abs. 1b DSGVO.

Bearbeiter / Datum	Prüfung SysBU Datum	Freigabe GF / Datum	QMA III-2.3	Seite
Strzalka 04.01.23	Bacht 11.01.23	Woroch 12.01.23	Version 09	5 von 7

 Seniorendienste Niederrhein gGmbH	Qualitätsmanagement
A-III-2-5 Anmeldebogen	Qualitätsmanagementhandbuch Seniorenzentren / Tagespflege

Sofern wir von Ihnen eine freiwillige Einwilligung dazu bekommen haben (gem. Art. 6 Abs. 1a), verarbeiten wir Ihre Daten zu Zwecken der Information und Beratung über unsere Dienstleistungen.

Sofern erforderlich, verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen von uns oder Dritten gem. Art. 6 Abs. 1f DSGVO zum Beispiel für die Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei Rechtsstreitigkeiten.

Für die Erfüllung gesetzlicher Vorgaben dürfen oder müssen wir, sofern erforderlich, Ihre Daten verarbeiten und an Dritte weitergeben (gem. Art. 6 Abs.1c).

Wir verwenden Ihre Daten in keiner Weise zur automatisierten Entscheidungsfindung - einschließlich Profiling.

Wer bekommt Ihre personenbezogenen Daten? (Art. 13 Abs. 1 e, f DSGVO)

Wir geben personenbezogene Daten grundsätzlich nicht an Dritte weiter, es sei denn, Sie haben dazu Ihre freiwillige Einwilligung erteilt (s.o.) oder es liegen berechnigte Interessen vor (Art. 6 Abs. 1 f DSGVO). Dann können die Daten auch zu anderen Unternehmen übermittelt werden. Ferner erhalten im Rahmen der Vertragsabwicklung Ihre Daten ggf. die jeweiligen externen Dienstleister, die wir mit entsprechenden vertraglichen Regelungen (z.B. gem. Art. 28 DSGVO) auch zur Geheimhaltung der Daten verpflichtet haben.

Wir verarbeiten Ihre Daten in Deutschland und haben grundsätzlich keine Absicht, die Daten in Drittländern zu verarbeiten.

Wie lange werden die Daten gespeichert? (Art. 13 Abs. 2 a DSGVO)

Grundsätzlich speichern wir Ihre Daten nur so lange, wie es gesetzlich erforderlich ist. Daten, die wir auf Basis Ihrer freiwilligen Einwilligung verarbeiten, speichern wir bis auf Widerruf. Sofern die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht mehr erforderlich ist, werden die Daten unverzüglich gelöscht. Daten, die wir auf Basis eines berechtigten Interesses verarbeiten, speichern wir so lange das berechnigte Interesse besteht.

Welche Rechte und Pflichten haben Sie? (Art. 13 Abs. 2 b, c, d, e DSGVO)

Jede/r Betroffene hat folgende Rechte:

- Gem. Art. 15 DSGVO haben Sie das Recht auf Auskunft. Das bedeutet, Sie können von uns eine Bestätigung verlangen, ob Sie betreffende personenbezogene Daten durch uns verarbeitet werden.

Bearbeiter / Datum	Prüfung SysBU Datum	Freigabe GF / Datum	QMA III-2.3	Seite
Strzalka 04.01.23	Bacht 11.01.23	Woroch 12.01.23	Version 09	6 von 7



- Gem. Art. 16 DSGVO haben Sie das Recht auf Berichtigung. Das bedeutet, Sie können von uns die Berichtigung Sie betreffender unrichtiger personenbezogener Daten verlangen.
- Gem. Art. 17 DSGVO haben Sie das Recht auf Löschung („Recht auf Vergessenwerden“). Das bedeutet, Sie können von uns verlangen, dass Sie betreffende personenbezogene Daten unverzüglich gelöscht werden – es sei denn, wir können Ihre Daten nicht löschen, weil wir z.B. gesetzliche Aufbewahrungspflichten beachten müssen. Über etwaige Folgen für unser Vertrags- / Leistungsverhältnis informieren wir Sie gerne.
- Gem. Art. 18 DSGVO haben Sie das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung. Das bedeutet, wir dürfen Ihre personenbezogenen Daten - abgesehen von ihrer Speicherung - praktisch nicht mehr verarbeiten. Über etwaige Folgen für unser Vertrags- / Leistungsverhältnis informieren wir Sie gerne.
- Gem. Art. 20 DSGVO haben Sie das Recht auf Datenübertragbarkeit. Das bedeutet, Sie haben das Recht, die Sie betreffende personenbezogene Daten, die Sie uns bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten und diese Daten einem anderen Verantwortlichen zu übermitteln.
- Gem. Art. 21 DSGVO haben Sie das Recht auf Widerspruch. Das bedeutet, Sie können jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten, die aufgrund von Artikel 6 Absatz 1 Buchstaben e oder f erfolgt, Widerspruch einlegen. Über etwaige Folgen für unser Vertrags- / Leistungsverhältnis informieren wir Sie gerne.
- Gem. Art. 7 Abs.3 DSGVO haben Sie das Recht auf jederzeitigen Widerruf einer erteilten Einwilligung für die Zukunft. Im Falle eines Widerrufs informieren wir Sie gerne über mögliche daraus resultierende Einschränkungen oder Nachteile.
- Gem. Art. 13 DSGVO haben Sie ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde.

Zuständige Aufsichtsbehörde

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Nordrhein-Westfalen
Hausanschrift: Kavalleriestr. 2 – 4, 40312 Düsseldorf
Postanschrift: Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf
Tel.: 0211- 38424- 0
E-Mail-Adresse: poststelle@ldi.nrw.de

Sie müssen uns nur diejenigen personenbezogenen Daten bereitstellen, die für unsere Geschäftsbeziehung und der Erfüllung der damit verbundenen vertraglichen Pflichten erforderlich sind oder zu deren Erhebung wir gesetzlich verpflichtet sind. Anderenfalls können bzw. dürfen wir keine Geschäftsbeziehung zu Ihnen unterhalten bzw. keinen Vertrag mit Ihnen schließen und durchführen.

Bearbeiter / Datum	Prüfung SysBU Datum	Freigabe GF / Datum	QMA III-2.3	Seite
Strzalka 04.01.23	Bacht 11.01.23	Woroch 12.01.23	Version 09	7 von 7

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Pflegebegründende Diagnosen:

1. _____
2. _____

Weitere Erkrankungen:

1. _____
2. _____
3. _____

MRSA

Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten (IfSG)?

ja nein

welche? _____

Hilfebedarf bei

	Vollständige Übernahme	Teilweise Übernahme	Beaufsichtigung und Anleitung	täglich	zeitweise
Körperpflege					
Ganzkörperwäsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilwaschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund-/Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausscheidung					
Toilettengänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzung von Hilfsmitteln (z.B. Toilettensstuhl, Urinflasche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege/Richten der Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung mit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenzartikel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung					
Mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüssigkeitsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sondenernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besondere Kostformen	welche: _____				
Mobilität					
Aufstehen/Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen (Transfer z.B. Bett – Rollstuhl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pflegerelevante Faktoren in folgenden Bereichen, die den Patienten in seiner Alltagskompetenz beeinträchtigen:

Sehvermögen	<input type="checkbox"/>	Tag-/Nachtrhythmus	<input type="checkbox"/>	Selbst/Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/>
Hörvermögen	<input type="checkbox"/>	Kooperationsbereitschaft	<input type="checkbox"/>	Weglauff Tendenz	<input type="checkbox"/>
Sprachvermögen	<input type="checkbox"/>	Tagesstrukturierung	<input type="checkbox"/>	chron. Schmerzen	<input type="checkbox"/>
Kontrakturen	<input type="checkbox"/>	Psychomotorische Unruhe	<input type="checkbox"/>		

Orientierungsstörungen:

zeitlich örtlich situativ zur Person

Erläuterungen:

Sind Pflegeleistungen während der Nacht erforderlich? jede Nacht zeitweise nein
welche und wie oft?

Regelmäßige Behandlungspflege:

Portkatheter	<input type="checkbox"/>	Tracheostoma	<input type="checkbox"/>	Chiru. Wunde	<input type="checkbox"/>
sc Infusionen	<input type="checkbox"/>	Dekubitus	<input type="checkbox"/>	Gangrän	<input type="checkbox"/>
iv. Infusionen	<input type="checkbox"/>	Ulcus cruris	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

Gewicht: _____ (Angabe unbedingt erforderlich)

Vorhandene Hilfsmittel:

Zusätzlich Vorhandene Hilfsmittel:

In eine stationäre Rehabilitation geplant? ja nein

Suchterkrankungen: Alkohol Medikamente sonstige: _____

Sind freiheitsentziehende Maßnahmen eingeleitet oder gerichtliche angeordnet?

ja nein

welche? _____

Datum

Unterschrift und Stempel Hausarzt / Hausärztin
Unterschrift Klinikarzt / Klinikärztin

Unterschrift Pflegefachkraft, falls Patient/in z.Zt. im Krankenhaus

Informationsblatt für Kunden¹ und Angehörige sowie Berufsbetreuer zur

Heimfinanzierung durch Pflegegeld und/oder Sozialhilfe

Sozialhilfe und Pflegegeld sind einkommens- und vermögensabhängige Sozialleistungen, die Sie als Kunde einer Pflegeeinrichtung erhalten können.

1. Pflegegeld (PWG):

Das Pflegegeld wird nach den Voraussetzungen des Alten- und Pflegegesetzes NRW und seiner Durchführungsverordnung gewährt. Voraussetzung ist zunächst, dass Ihr Einkommen und Vermögen und das Ihres nicht getrenntlebenden Ehepartners, eingetragenen Lebenspartners oder der mit Ihnen in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft lebenden Person ganz oder teilweise nicht ausreicht, um die Investitionskosten zu tragen. Für den Einsatz des Einkommens und des Vermögens gelten die Vorschriften des Elften Kapitels des SGB XII entsprechend. Von dem Einkommen sind zusätzlich die Kosten für Unterkunft und Verpflegung, der Barbetrag zur persönlichen Verfügung und die von der Pflegekasse nicht abgedeckten Pflegekosten abzusetzen. Außerdem ist bei der Anrechnung Ihres Einkommens ein weiterer Selbstbehalt von 50 € monatlich, jedoch beschränkt auf den jeweiligen Einkommensüberhang zu belassen. Das Vermögen darf den Betrag von bis zu 10.000,- € bzw. 15.000,- € bei nicht getrenntlebenden Ehegatten, eingetragenen Lebenspartnern sowie eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaften nicht übersteigen. Weiter muss es sich um einen dauerhaften (d.h. keinen Kurzzeit-)Aufenthalt zur Pflege handeln. Auch muss Ihr Pflegebedarf in der Regel mit Pflegegrad 2 anerkannt sein.

Pflegegeld wird nach der gesetzlichen Regelung grundsätzlich von uns als Einrichtung beantragt. Dazu benötigen wir Ihre Zustimmung bzw. Bevollmächtigung, die wir mit dem beiliegenden Formblatt einholen. Die Antragstellung ist außerdem nur möglich, wenn uns die erforderlichen Angaben und Unterlagen zu Ihrem Einkommen und Ihrem Vermögen sowie ggf. Einkommen und Vermögen Ihres Ehepartners, eingetragenen Lebenspartners oder der mit Ihnen in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft lebenden Person zur Verfügung gestellt werden. Sofern Sie uns die erforderlichen Unterlagen nicht rechtzeitig vorlegen, wird der Antrag von uns nicht gestellt. Sie oder Ihr gesetzlicher Vertreter können dann selbst den Antrag auf Pflegegeld beim zuständigen Sozialamt stellen.

Pflegegeld wird grundsätzlich ab Antragstellung gewährt. Erfolgt die Antragstellung auch für einen bereits abgelaufenen Zeitraum, wird Pflegegeld für höchstens drei Monate rückwirkend ab dem Tag bewilligt, ab dem die Voraussetzungen erfüllt waren. Pflegegeld wird unmittelbar an die Einrichtung ausgezahlt. Sie erhalten hierüber von der Behörde einen Bescheid.

Für beihilfeberechtigte Bewohner kann ein Pflegegeldanspruch in Betracht kommen, wenn nach dem jeweiligen Beihilfesystem eine Hilfeleistung für den Investitionskostenanteil nicht gewährt wird. Beihilfeberechtigten Bewohnern wird dringend empfohlen, sich bei ihrer jeweiligen Beihilfestelle danach zu erkundigen, ob das Beihilfesystem entsprechende Hilfeleistungen vorsieht. Ein Pflegegeldantrag ist in diesen Fällen von ihnen selbst zu stellen.

¹ Gender-Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet.

Sozialhilfe bzw. Leistungen der Sozialhilfe:

Sozialhilfe kann gewährt werden, wenn die Leistungen der Pflegekasse, das Pflegegeld sowie Ihr bzw. das von Ihrem Ehepartner einzusetzende Einkommen und Vermögen nicht ausreichen, um die Kosten zu decken. Geschützt ist dabei ein Geldbetrag i.H.v. 10.000,- € pro Ehepartner. Geschützt sein kann weiterhin ein sog. „angemessenes Hausgrundstück“, das Ihr Ehepartner (bevorzugt gemeinsam mit Angehörigen) bewohnt. Hierbei kommt es auf den Wert und auf die qm-Fläche der bewohnten Räume an. Nähere Auskünfte erteilen das Sozialamt und Beratungsstellen.

Die Zahlung von Sozialhilfe ist nicht von einem formellen Antrag abhängig. Sie kann aber erst ab Bekanntwerden der Notlage der betroffenen Person beim Sozialhilfeträger geleistet werden. Wird z.B. während des Aufenthaltes in der Pflegeeinrichtung deutlich, dass zu seiner Finanzierung trotz Leistungen der Pflegeversicherung und Einsatz der eigenen Einkünfte bzw. der des Ehepartners sowie des nicht geschützten Vermögens alsbald der geschonte Geldbetrag i.H.v 10.000,- € (bei Ehepaaren 20.000,- €) angetastet werden müsste, um die laufenden Kosten zu decken, sollte vor Inanspruchnahme Ihres Schonvermögens das zu-ständige Sozialamt informiert werden. Dies sollte am besten schriftlich unter Angabe des Namens, der Adresse und der Pflegebedürftigkeit erfolgen. Sie bzw. Ihre Angehörigen können dazu auch auf dem Amt vorsprechen. Das Sozialamt wird dann noch weitere Unterlagen benötigen. Ferner wird die Bearbeitung voraussichtlich einige Zeit in Anspruch nehmen. Dies ist letztlich für Sie unschädlich, da die Gewährung von Sozialhilfe ab dem Zeitpunkt erfolgt, ab dem das Sozialamt informiert war. Wird das Sozialamt aber nicht rechtzeitig informiert, können aus der verspäteten Mitteilung erhebliche finanzielle Einbußen folgen.

2. Unterhaltsansprüchen:

Sobald für Sie Sozialhilfe gewährt wird, gehen Unterhaltsansprüche kraft Gesetzes nach § 94 SGB XII auf den Sozialhilfeträger über. Der Übergang findet jedoch nur statt, wenn das Brutto-Jahreseinkommen der Angehörigen (in der Regel der Kinder) über 100.000,00 € liegt. Für diesen Fall wird geprüft, inwieweit die Kinder in der Lage sind, aus ihrem Einkommen und Vermögen Unterhaltszahlungen zur Deckung der entstehenden Sozialhilfeaufwendungen zu leisten. Im Rahmen der Unterhaltsüberprüfung werden Selbstbehalte nach der Düsseldorfer Tabelle von zurzeit 1.800,00 € monatlich (Alleinstehende) bzw. 3.240,00 € monatlich (Ehepaare) eingeräumt. Auch bei der Prüfung von Unterhaltsansprüchen aus Vermögen werden sehr hohe Freibeträge berücksichtigt. Ein vom Unterhaltspflichtigen und Angehörigen selbst genutztes Haus ist in jedem Fall im Rahmen der Unterhaltsüberprüfung geschütztes Vermögen. Unterhaltsüberprüfungen werden nur bei einer Sozialhilfegewährung vorgenommen.

3. Prüfung sonstiger Ansprüche:

Neben der Prüfung von Unterhaltsansprüchen sind bei einer Pflegegeld- und/oder Sozialhilfegewährung weitere vorrangige Ansprüche nach § 93 SGB XII zu überprüfen und ggf. überzuleiten. Dabei handelt es sich insbesondere um folgende Ansprüche:

- Vertragliche Ansprüche z.B. Wohnrecht, freie Beköstigung, Hege und Pflege etc.
- Herausgabeansprüche nach § 528 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) z.B. Schenkungen, Hausübertragungen etc.
- Ansprüche gegen private Versicherungen z.B. Unfall- und Haftpflichtversicherungen etc.

Entsprechende Ansprüche können ggf. auch zu einer Ablehnung der Pflegegeld- und/oder Sozialhilfeanträge führen.

4. Informationspflicht:

Sofern Pflegegeld und/oder Sozialhilfe gewährt wird, sind Sie, Ihre Betreuer, Angehörige sowie wir als Einrichtungen verpflichtet, dem Sozialhilfeträger alle Änderungen anzuzeigen, die für die Leistungsgewährung wichtig sind. Dies sind insbesondere:

- jede Einkommens- und Vermögensänderung (Vermögen nur, wenn es die Vermögensfreigrenze übersteigt).
- Mitteilung über einen beantragten höheren Pflegegrades.
- Änderung des Pflegegrades.
- Beendigung des Heimaufenthaltes aufgrund von Verlassen der Einrichtung (Heimwechsel/Rückkehr nach Hause) oder Tod des Hilfeempfängers.
- Vorübergehende Abwesenheitszeiten z.B. Krankenhaus, Urlaub etc.
- Unterhaltsverpflichtete sind ebenfalls verpflichtet, jede Änderung in den wirtschaftlichen und persönlichen Verhältnissen mitzuteilen.

5. Wohngeld:

Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung können wohngeldberechtigt sein, wenn sie dauerhaft in der Einrichtung wohnen, über ein geringes Einkommen verfügen und wenn ihr verwertbares Vermögen 60.000,- Euro nicht überschreitet. Vor diesem Hintergrund empfiehlt es sich, den Anspruch auf Wohngeld zu prüfen. Ein etwaiger Antrag ist bei der örtlich zuständigen Wohngeldbehörde zu stellen.

Erhalten am:

Name

Datum, Unterschrift