

# Antrag auf Sozialhilfeleistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) - Hilfe zur Pflege in Einrichtungen und ggf. Grundsicherungsleistungen -

Kreisverwaltung Herford  
 Amtshausstraße 3  
 32051 Herford

**Hinweise:**

- Um sachgerecht über Ihren Sozialhilfeantrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig auszufüllen.
- Die Datenerhebung im Zusammenhang mit diesem Antrag erfolgt nach § 67 a Abs. 2 S. 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67 b Abs. 1 SGB X.
- Die Verpflichtung zur Mitwirkung ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die beantragte Hilfe nach § 66 Abs. 1 SGB I ganz oder teilweise versagt werden.
- Sollten aufgrund falscher oder fehlender Angaben Sozialhilfeleistungen zu Unrecht bewilligt werden, sind diese zu erstatten. Dieses Fehlverhalten kann eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen. (§ 263 Strafgesetzbuch).

Datum der Antragstellung

**Beantragt wird:**

- Übernahme der Kosten des Kurzzeitpflegeaufenthaltes  
 Übernahme der ungedeckten Kosten der vollstationären Pflege in einer Pflegeeinrichtung

**Angaben zur Person**

<b>Heimbewohner/in</b>	Familienname		Vorname/n		Geburtsdatum	
	Geburtsort		Geburtsland/-staat		Staatsangehörigkeit/en	
<b>nur von ausländischen Personen auszufüllen</b>	Aufenthaltsrechtlicher Status				gültig bis	
	Pflegeeinrichtung			Tag der Aufnahme in die Einrichtung		<input type="checkbox"/> Einbettzimmer <input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer
	Familienstand <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> in eingetragener Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> eheähnliche Gemeinschaft		seit Datum			
<b>Adresse vor Heimaufnahme:</b>						
Straße		Hausnummer	PLZ	Ort		

**Hatten Sie in der Vergangenheit einen festen Wohnsitz im Ausland?**

nein  
 ja (Bitte Beiblatt mit vollständigen Angaben zu Wohnort(en), Art und Dauer der Erwerbstätigkeit(en) und Dauer des Auslandsaufenthaltes/der Auslandsaufenthalte beifügen.)

<b>Ehepartner/in, Lebenspartner/in, Partner/in der eheähnlichen Gemeinschaft</b>	Familienname		Vorname/n		Geburtsdatum	
	Straße		Hausnummer	PLZ	Ort	

<b>Geschiedene/r bzw. getrennt lebende/r 1) Ehepartner/in</b>	Familienname		Vorname/n		Geburtsdatum	
	Straße		Hausnummer	PLZ	Ort	

<b>Vater/Adoptivvater (nur wenn nicht verstorben)</b>	Familienname		Vorname/n		Geburtsdatum	
	Straße		Hausnummer	PLZ	Ort	
	Ausgeübter Beruf			Geschätztes Jahrebruttoeinkommen 2)		

<b>Mutter/Adoptivmutter (nur wenn nicht verstorben)</b>	Familienname		Vorname/n		Geburtsdatum	
	Straße		Hausnummer	PLZ	Ort	
	Ausgeübter Beruf			Geschätztes Jahresbruttoeinkommen 2)		

<b>leibliche Kinder, Adoptivkinder (ggf. gesonderte Aufstellung, sofern Platz nicht ausreicht) (Bitte auch verstorbene Kinder eintragen, mit Angabe des Sterbedatums)</b>	Familienname		Vorname/n		Geburtsdatum	
	Straße		Hausnummer	PLZ	Ort	
	Ausgeübter Beruf			Geschätztes Jahresbruttoeinkommen 2)		

1) Getrennt lebend liegt nicht schon allein deshalb vor, weil Ihr/e Partner/in und Sie aufgrund einer Heimaufnahme nicht mehr zusammenleben.  
 2) Das Jahresbruttoeinkommen beinhaltet die Summe aller erzielten Einkünfte nach den §§ 13 bis 23 des Einkommensteuergesetzes. Hierzu zählen Einkünfte aus: Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb, selbständiger Arbeit, nichtselbständiger Arbeit, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung, sonstige Einkünfte.

**leibliche Kinder,  
Adoptivkinder (ggf.  
gesonderte  
Aufstellung, sofern  
Platz nicht  
ausreicht) (Bitte  
auch verstorbene  
Kinder eintragen, mit  
Angabe des  
Sterbedatums)**

Familienname	Vorname/n			Geburtsdatum
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	
Ausgeübter Beruf			Geschätztes Jahresbruttoeinkommen 2)	
Familienname	Vorname/n			Geburtsdatum
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	
Ausgeübter Beruf			Geschätztes Jahresbruttoeinkommen 2)	
Familienname	Vorname/n			Geburtsdatum
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	
Ausgeübter Beruf			Geschätztes Jahresbruttoeinkommen 2)	
Familienname	Vorname/n			Geburtsdatum
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort	
Ausgeübter Beruf			Geschätztes Jahresbruttoeinkommen 2)	

Ich habe keine Kinder, bzw. Adoptivkinder.

**Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r**

Nimmt ein/e Betreuer/in oder ein/e Bevollmächtigte/r Ihre Interessen wahr?

 nein ja (Bitte nachfolgende Felder ausfüllen. Bitte Betreuungsurkunde oder Vollmacht vorlegen.)

Familienname		Vorname		
Straße		Hausnummer	PLZ	Ort
Telefonnummer		ggf. Fax		ggf. E-Mail

**Einkommen** (aktuelle Einkommensnachweise beifügen) Ich bestätige hiermit ausdrücklich, dass ich und mein/e Partner/in neben den nachfolgend aufgeführten und eingetragenen Einkommen keine weiteren Einkünfte erhalten.

	Heimbewohner/in (nachfragende Person) € pro Monat	Ehepartner/in bzw. Lebenspartner/in bzw. Partner/in der eheähnlichen Gemeinschaft € pro Monat
Arbeitseinkommen	€	€
Altersrente	€	€
Witwenrente bzw. Witwerrente	€	€
Pension/Versorgungsbezüge	€	€
Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente	€	€
Unfallrente	€	€
Waisenrente	€	€
Werks-/Zusatz-/Privatrente	€	€
Auslandsrente	€	€
Erträge aus Kapitalvermögen (Zins, Dividende)	€	€
Miet-/Pachteinnahmen	€	€
Wohngeld nach dem Wohngeldgesetz	€	€
privatrechtliche geldwerte Ansprüche	€	€
Kindergeld	€	€
Leistungen eines Sozialhilfeträgers (ALG/Grundsicherung etc.)	€	€
Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz	€	€
Unterhaltshilfe/Entschädigungsrente	€	€
Sonstige Einkünfte	€	€

Beschreibung der sonstigen Einkünfte

**Versicherungen von Ihnen, Ihrem Ehepartner/Ihrer Ehepartnerin, Lebenspartner/in, Partner/in der eheähnlichen Gemeinschaft** (Bitte Nachweise vorlegen)

	Bestehen:	Versicherungsgesellschaft	Höhe des aktuellen Rückkaufwertes
Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		€
Lebensversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		€
Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		€

	Bestehen:	Versicherungsgesellschaft	Jahresbeitrag
Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		€
Hausratversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		€
Weitere Versicherungen (bitte geben Sie an, um welche Versicherungen es sich handelt)	<input type="checkbox"/> nein		€
	<input type="checkbox"/> ja		€

**Vorsorge von Ihnen, Ihrem Ehepartner/Ihrer Ehepartnerin, Lebenspartner/in, Partner/in der eheähnlichen Gemeinschaft** (Bitte Nachweise vorlegen)

	Bestehen:	Vertragspartner, aktuelle Höhe in € (inkl. Zinsen), Abschlussdatum:
Bestattungsvorsorgevertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Grabpflegevertrag	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

**Vermögen im In- und Ausland** (bitte Nachweise vorlegen)

Art:		Heimbewohner/in (nachfragende Person) Wert in €	Ehepartner/in bzw. Lebenspartner/in bzw. Partner/in der eheähnlichen Gemeinschaft Wert in €
Bargeld und Guthaben auf dem Taschengeldkonto der Pflegeeinrichtung		€	€
Guthaben auf dem Girokonto			
Nummer	bei (Kreditinstitut)		
		€	€
		€	€
Sparguthaben			
Nr.	bei (Kreditinstitut)		
		€	€
		€	€
In den letzten zehn Jahren haben weitere Sparbücher/-zertifikate als die hier aufgeführten bestanden, diese wurden jedoch inzwischen aufgelöst:			
<input type="checkbox"/> nein			
<input type="checkbox"/> ja, Bitte Nachweise vorlegen!			
Sparkassenzertifikate/-briefe		€	€
Wertpapiere (Aktien, Fonds, etc.)		€	€
Besitzen Sie ein Bankschließfach?		Falls ja, machen Sie bitte Angaben zum Inhalt:	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Bausparverträge		€	€
Geschäftsanteile (bei Genossenschaft etc.)		€	€

Altersvorsorge (z.B. Riesterrete)	€	€
Kaution/en (hinterlegt z.B. beim Vermieter lt. Mietvertrag oder bei der Pflegeeinrichtung)	€	€
Sonstiges Vermögen außer Immobilien und KFZ	€	€
Beschreibung sonstiges Vermögen		

Haben Sie in den letzten 3 Jahren eine Erbschaft erhalten?  nein  ja (falls ja, bitte Nachweise beifügen)

Haben Sie Erbsprüche, die noch nicht zur Auszahlung/ Verwirklichung gekommen sind?  nein  ja (falls ja, bitte Nachweise beifügen)

**Kraftfahrzeug/e**  Besitzen Sie ein Kraftfahrzeug?  nein  ja (falls ja, bitte Nachweise beifügen)

Art:	Heimbewohner/in	Ehepartner/in, Lebenspartner/in
Kraftfahrzeug/e	Modell; Baujahr; KM-Leistung	Modell; Baujahr; KM-Leistung
Kennzeichen		
	Aktueller Wert des KFZ:	Aktueller Wert des KFZ:
(KFZ-Schein vorlegen)	€	€

**Immobilien** (bitte Nachweise vorlegen)

Sind Sie, Ihr/e Lebenspartner/in, Ihr/e Ehepartner/in bzw. Partner/in der eheähnlichen Gemeinschaft (Mit-)Eigentümer/in von Immobilien?  ja und zwar:  in Deutschland  im Ausland  nein

**Falls ja, legen Sie bitte ein Wertgutachten bei oder fordern Sie beim Kreis Herford einen Erhebungsbogen für die Verkehrsermittlung an.**

Art der Immobilie	Lage der Immobilie (bitte Adresse und Grundbuchbezeichnung angeben, Grundbuchauszug möglichst in Kopie vorlegen)	Größe
Einfamilienhaus/Mehrfamilienhaus/ Eigentumswohnung		Grundstücksfläche
		Wohnfläche
Gewerbe- bzw. landwirtschaftlicher Betrieb		Grundstücksfläche
		Wohnfläche
Unbebaute sowie land- und forstwirtschaftlich genutzte Grundstücke		Grundstücksfläche
		Wohnfläche

**Schenkung, Vermögensübertragungen**

Wurde Vermögen vor Heimaufnahme auf andere Personen übertragen (z.B. Haus-/Grundstücksübertragungen, weitere Schenkungen) bzw. wurde auf Wohnrechte oder sonstige Rechte verzichtet bzw. wurde Vermögen (z. B. Haus-/Grundstücksvermögen) verkauft?

- nein  
 ja, vor über zehn Jahren  
 ja, in den letzten zehn Jahren

Haben Sie, Ihr/e Ehegatte/in, Lebenspartner/in, Partner/in der eheähnlichen Gemeinschaft jemandem Geldbeträge geliehen (private Darlehen)?  nein  ja

Sollten Sie bei den zuvor genannten Fragen ja angekreuzt haben, füllen Sie bitte die nachfolgenden Zeilen aus (ggf. fügen Sie eine separate Aufstellung bei):

Begünstigte/r bzw. Käufer/in (Name, Adresse)	Art der Zuwendung (was wurde übergeben) bzw. des verkauften Gegenstandes	Höhe/Wert der Zu- wendung/Kaufpreis
		€
		€
		€

Verstarb innerhalb der letzten drei Jahre ein enger Familienangehöriger (Ehefrau/-mann, Kind, Elternteil)?

nein

ja, am , Name und Verwandtschaftsverhältnis:

Wenn ja: 1. Liegt ein Testament vor?

nein

ja

2. Erfolgten nach Ihrer Kenntnis vor dem Tode innerhalb der letzten zehn Jahre Vermögensübertragungen / Schenkungen?

nein

ja, am  an:

### Vertragliche Rechte (bitte Grundlagen vorlegen, z.B. Vertrag, Urteil usw.)

Anspruch auf Wohnrecht  nein

ja

Anspruch auf Hege und Pflege  nein

ja

Verpfändungen/Bürgschaften

Begünstigte/r:

seit wann:

aktuelle Höhe:

€

Sonstige (privatrechtliche) Ansprüche (z.B. wegen Schadensersatz, Kaufverträge usw.):

nein

ja

Bitte angeben, um welchen Anspruch es sich handelt:

Verzicht auf vertragliche Rechte

nein

ja, verzichtet auf:

durch Vertrag/Erklärung vom

bzw.

Löschung im Grundbuch am

### Kranken-/Pflegeversicherung

Name der Krankenkasse/Pflegekasse

Art der Versicherung

Mitgliedschaft seit

pflichtversichert

freiwillig versichert

privat versichert

Bei freiwilliger oder privater Versicherung bitte Höhe der monatlichen Beiträge angeben:

€

### Schwerbehindertenausweis (bitte Nachweis vorlegen)

Ausweis besitzt:

Ausweis gültig bis:

vermerkte Merkzeichen

Heimbewohner/in (nachfragende Person)

ja

nein

Ehepartner/in, Lebenspartner/in, Partner/in der eheähnlichen Gemeinschaft

ja

nein

### Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Wurde ein Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit beantragt oder erstellt, weil Sie bereits seit längerer Zeit Pflege zu Hause oder im Heim erhalten?

nein

ja, mit Feststellung des Pflegegrades:

Leistungen der Pflegekasse:

€

Haben Sie eine Neueinstufung in einen anderen Pflegegrad beantragt?

nein

ja, am

Datum (TT.MM.JJJJ)

**Angaben zum Bezug von Sozialleistungen vor Aufnahme in die Pflegeeinrichtung**

Haben Sie bereits vor Heimaufnahme Sozialhilfeleistungen erhalten?

nein  ja

Wenn ja, um welche Sozialhilfeleistungen handelt es sich genau?

- Hilfe zum Lebensunterhalt
- Hilfe zur häuslichen Pflege
- Grundsicherung im Alter und bei dauerhafter Erwerbsminderung
- Eingliederungshilfe
- Sonstige Hilfen:

Von welchem Sozialhilfeträger haben Sie diese Leistung erhalten? (Ggf. bitte Bescheide vorlegen)

bis (TT.MM.JJJJ)

--	--

**Weitere Angaben**

Bedarfsdeckung aus eigenen Mitteln	Haben Sie bereits vor Antragstellung im Heim gelebt und wurden die Heimkosten bisher von Ihnen selbst getragen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja, aber unter Inanspruchnahme von Pflegegeld Wenn ja, bis einschließlich welchem Monat/Jahr waren Sie Selbstzahler/in? <input style="width: 100px;" type="text"/>
Sondennahrung (gilt nur bei ausschließlicher Sondennahrung)	Erhalten Sie in der Pflegeeinrichtung Sondennahrung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Beihilfeanspruch	Haben Sie einen Beihilfeanspruch nach Beamtenrecht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Blindengeld	Erhalten Sie Blindengeld? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> es wurde ein Antrag gestellt, am <input style="width: 100px;" type="text"/>
Sind Sie Kriegsbeschädigter bzw. -hinterbliebener?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Auslandsrenten	Haben Sie ausländische Renteneinkünfte oder Rentenansprüche? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche? <input style="width: 150px;" type="text"/>

**Angaben zur Wohnung, die vor Heimaufnahme bewohnt wird bzw. wurde:**

1. Sie (bzw. Ihr/e Ehepartner/in, Lebenspartner/in oder Partner/in der eheähnlichen Gemeinschaft lebt) leben/lebten vor Heimaufnahme in einer/einem:

- Mietwohnung
- eigenem Haus
- Eigentumswohnung

2. Wohnen Sie mietfrei?  nein, siehe Punkt 3 "Angabe zur Wohnung und den Kosten"  ja, vollständig  ja, aber es müssen die Nebenkosten getragen werden, in Höhe von  €

Wenn ja: Besteht die Mietfreiheit aufgrund eines vertraglich vereinbarten Wohnrechts?  nein  ja

3. Angabe zur Wohnung und den Kosten (Nachweis, z. B. Mietvertrag vorlegen)

Kaltmiete	Nebenkosten ohne Heizung und Strom	Heizkosten	Wohnungsgröße
€	€	€	m <sup>2</sup>

Wurde bei Abschluss des Mietvertrages eine Mietkaution gezahlt?  nein  ja, in Höhe von  €

Bei dauerhaftem Heimeinzug:  bereits gekündigt, Kosten fallen nicht mehr an

Ihre Wohnung wird/wurde  
nach dem Auszug:

gekündigt, aber aufgrund der Kündigungsfrist ist über die  
Heimaufnahme die Miete für  Monate weiterzuzahlen, und zwar bis:   
(Kündigungsbestätigung vorlegen)

**Hinweis: Die Wohnung sollte erst gekündigt werden, wenn eine dauerhafte Heimnotwendigkeit festgestellt worden ist. (Vgl. Merkblatt II) Sollten Entsorgungskosten für die Wohnungsauflösung anfallen, deren Übernahme Sie aus Sozialhilfemitteln beantragen wollen, sprechen Sie vor Abschluss eines Vertrages das weitere Vorgehen mit dem Kreis Herford ab.**

von den Mitgliedern der Familie  
weitergenutzt, und zwar von:

folgendermaßen genutzt:

### Barbetrag zur persönlichen Verfügung (Taschengeld) und Bekleidungs pauschale

Ich bin damit einverstanden, dass der monatliche Barbetrag und die Bekleidungs pauschale auf ein (Barbetrags-)Konto  
des Heimes überwiesen und von der Heimleitung ausgezahlt werden:

ja

nein. Geben Sie bitte an, auf welches Konto der monatliche Barbetrag und die Bekleidungs pauschale stattdessen überwiesen werden sollen:

Kontoinhaber/in		
<input type="text"/>		
IBAN	BIC	Name des Kreditinstituts
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Besondere Belastungen, sonstige relevante Angaben oder Erläuterungen:



Legen Sie bitte die jeweiligen Unterlagen zu Ihren Angaben mit dem Antrag vor. Sofern im Antragsformular nicht ausreichend Platz für Ihre Angaben vorhanden ist, fügen Sie bitte ein gesondertes Blatt bei.

**Ich bestätige, dass ich den Antrag wahrheitsgemäß ausgefüllt habe und ein Exemplar des Merkblatts erhalten und zur Kenntnis genommen habe. Auf meine Mitwirkungspflichten bin ich hingewiesen worden:**

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/in / Betreuer/in / Bevollmächtigte/r	Unterschrift Ehegatte/in
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



# Merkblatt zum SGB XII-Antrag

## I. Mitwirkungspflichten

Als Antragsteller/in für den Bezug von Sozialleistungen sind Sie gesetzlich verpflichtet, dem zuständigen Sozialhilfeträger **alle** Tatsachen und Umstände anzugeben, aus denen sich die Voraussetzungen für Ihren Hilfebedarf ergeben (§§ 60 ff. SGB I, § 117 SGB XII). Das bedeutet, dass Sie dem Sozialhilfeträger **vor** der Entscheidung über diesen Antrag aktuelle Nachweise vorzulegen bzw. Angaben machen müssen, aus denen sich Ihre wirtschaftlichen Verhältnisse und die Ihres Ehegatten/Ihrer Ehegattin, Ihres Lebenspartners/Ihrer Lebenspartnerin oder des Partners/der Partnerin der eheähnlichen Gemeinschaft ergeben. Sie wurden darauf hingewiesen, dass der Sozialhilfeträger diesen Sozialhilfeantrag versagen kann, so lange Sie die erforderlichen Nachweise nicht oder nicht vollständig vorlegen (§ 66 SGB I). Sollten aufgrund falscher oder fehlender Angaben Sozialhilfeleistungen zu Unrecht bewilligt werden, sind diese zu erstatten. Dieses Fehlverhalten kann eine strafrechtliche Verfolgung nach sich ziehen (§ 263 Strafgesetzbuch).

Der Antragsteller/die Antragstellerin, der Ehegatte/die Ehegattin, der Lebenspartner/die Lebenspartnerin oder der Partner/die Partnerin der eheähnlichen Gemeinschaft, Betreuer/in, Bevollmächtigte sowie das Heim sind verpflichtet, sämtliche Änderungen in den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen des Hilfeempfängers/der Hilfeempfängerin, sowie alle Tatbestände, die für die Gewährung der Leistung erheblich sein können, dem zuständigen Sozialhilfeträger anzuzeigen.

Dies gilt insbesondere für folgende Änderungen:

- bei Änderung des Einkommens
- bei Überschreitung des Vermögensschonbetrages
- bei Krankenhausaufenthalten
- bei Beantragung von Höherstufungen
- bei Erbfällen
- bei Zimmerwechsel
- bei Umzug in ein anderes Heim/Beendigung des Heimaufenthaltes
- bei Stellung eines Renten-/Erwerbsunfähigkeitsrenten-, Wohngeld- oder Blindengeldantrages

## II. Einsetzen der Sozialhilfe

Ein Sozialhilfeanspruch tritt frühestens ab dem Zeitpunkt ein, zu dem Sie oder eine dritte Person dem Sozialhilfeträger Ihre Hilfebedürftigkeit bekannt gegeben haben (§ 18 Abs. 1 SGB XII). Kosten, die bereits vor dem Bekanntgabezeitpunkt entstanden sind, werden aus Sozialhilfemitteln nicht übernommen. **Solange und soweit Sie ab sofort noch Kosten selbst bezahlen, deren Übernahme aus Sozialhilfemitteln Sie beantragen, besteht trotz Bekanntgabe Ihres Hilfebedarfs kein Anspruch auf Erstattung dieser Zahlungen aus Sozialhilfemitteln (Selbsthilfe, § 2 Abs. 1 SGB XII).**

Der Einsatz privater Mittel geht im Rahmen der Selbsthilfe der Sozialhilfe vor und wird in vollem Umfang auf Ihren Hilfebedarf angerechnet. Dies gilt auch für den Fall, dass die zur Deckung Ihres Hilfebedarfs erforderlichen Mittel von dritten Personen gezahlt werden.

Eine Kostenübernahme durch den Sozialhilfeträger erfolgt nur, wenn

- durch den Medizinischen Dienst mindestens Pflegegrad 2 festgestellt wurde und
- eine Heimnotwendigkeit gegeben ist.

Die Heimnotwendigkeit wird unabhängig vom Pflegegrad durch den Kreis Herford geprüft.

Das bedeutet, dass bei **fehlender Heimnotwendigkeit** eine Kostenübernahme durch den Sozialhilfeträger **nicht** erfolgt, auch wenn ein Pflegegrad festgestellt wurde.

**Die Kosten der stationären Heimpflege müssen dann in vollem Umfang von Ihnen selbst getragen werden! Sollte dies nicht möglich sein, müssen Sie zurück in ihre eigene Häuslichkeit gehen.**

**Deshalb wird empfohlen, vor Heimaufnahme die Frage der Heimpflegebedürftigkeit und den Zeitpunkt der Wohnungskündigung mit dem Sozialhilfeträger abzuklären!**

## III. Einkommen und Vermögen

Sie und Ihr Ehegatte/Ihre Ehegattin, Ihr Lebenspartner/Ihre Lebenspartnerin oder - wenn Sie minderjährig und unverheiratet sind - Ihre Eltern sind verpflichtet, das Einkommen und Vermögen ab Beginn Ihres Hilfebedarfs in zumutbarem Rahmen zur Deckung der anfallenden Kosten einzusetzen (§19 SGBXII). Das Gleiche gilt auch bei Partnern der eheähnlichen Gemeinschaft (§ 20 SGB XII). Grundsätzlich ausgenommen vom Einkommenseinsatz sind nur solche Einkünfte, die ausdrücklich anrechnungsfrei sind sowie Vermögen bis zu 10.000,00 Euro für Sie als Alleinstehende/n bzw. von 20.000,00 Euro für Sie und Ihren Ehegatten/Ehegattin, Lebenspartner/in oder Partner/in der eheähnlichen Gemeinschaft.



**Bis zur Entscheidung über diesen Antrag dürfen Sie und Ihr Ehegatte/Ehegattin, Lebenspartner/in oder Partner/in der eheähnlichen Gemeinschaft aus Ihrem Einkommen und Vermögen nur unabweisbar notwendige Ausgaben nach Rücksprache mit dem Sozialhilfeträger tätigen; vor allem darf kein Einkommen und Vermögen an Dritte übertragen oder verschenkt werden.**

Bis zur Entscheidung über Ihren Antrag auf Übernahme der Heimkosten durch den Sozialhilfeträger sind die bis dahin eingehenden monatlichen Einkommensbezüge (z.B. Altersrente, Witwenrente, Zusatzrente, Pensionen usw.) grundsätzlich in voller Höhe als Einkommenseinsatz zu leisten. Im Monat der Heimaufnahme erfolgt ein anteiliger Einsatz des Einkommens. Bei Ehegatten/Lebenspartnern oder Partnern der eheähnlichen Gemeinschaft erfolgt eine gesonderte Berechnung des Einkommenseinsatzes (Eigenleistungsberechnung).

Falls der Sozialhilfeträger Hilfe zur Pflege gemäß § 61 SGB XII gewährt, haben Sie einen Anspruch auf Auszahlung eines monatlichen Barbetrages in der jeweils geltenden Höhe nach § 27 b Abs. 2 und 3 SGB XII sowie einer Bekleidungs pauschale nach § 27 b Abs. 2 und 4 SGB XII.

Bezieher von Blindengeld erhalten keinen Barbetrag.



#### **IV. Hinweise zur Datenerhebung und zum Datenschutz**

Rechtsgrundlage für die Erhebung, Speicherung und Übermittlung der personenbezogenen Daten sind Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe c und e, Artikel 4 Nummer 2 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), § 35 Sozialgesetzbuch (SGB) I, § 67a ff. SGB X und § 60 ff. SGB I.

Dazu werden Angaben zur in der Einrichtung lebenden Person, zum Aufenthalt, zu den Familienverhältnissen, den Einkünften, zum Pflegebedarf und der daraus resultierenden Leistung der Pflegekasse und bei Heimaufenthalten die jeweils gültigen Heimkosten gespeichert.

**Der Speicherung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen stimmen Sie durch Ihre Unterschrift auf dem Sozialhilfegrundertrag im Rahmen Ihrer Mitwirkungspflichten ausdrücklich zu.**