|  |  |
| --- | --- |
| **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)