

Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch
Zwölftes Buch (SGB XII)

- stationäre Pflege**
- ausschließlich Kurzzeitpflege**
- ambulante Pflege**
 - Pflegegeld
 - Häusliche Pflegehilfe
 - Entlastungsbetrag
- Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes**

Eingang:
Erstmalige Mitteilung:

Persönliche und häusliche Verhältnisse	Hilfesuchende/-r	Ehegatte oder Lebenspartner (auch wenn verstorben, geschieden oder getrennt lebend)
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsname		
Geburtsort		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit _____	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit _____
Anzahl der Kinder		
Staatsangehörigkeit		
Wohnort vor Umzug in die Einrichtung (Straße, Hausnummer, Ort)		
Art des Wohnverhältnisses	<input type="checkbox"/> Miete (bitte Mietvertrag beifügen) <input type="checkbox"/> im Eigentum (bitte Grundbuchauszug beifügen) <input type="checkbox"/> Wohnrecht (bitte Vertrag beifügen) <input type="checkbox"/> sonstiges, nämlich:	<input type="checkbox"/> Miete (bitte Mietvertrag beifügen) <input type="checkbox"/> im Eigentum (bitte Grundbuchauszug beifügen) <input type="checkbox"/> Wohnrecht (bitte Vertrag beifügen) <input type="checkbox"/> sonstiges, nämlich:
Ausweispapiere	<input type="checkbox"/> BPA <input type="checkbox"/> Reisepass	<input type="checkbox"/> BPA <input type="checkbox"/> Reisepass
Steuerliche Identifikationsnummer		

Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch
Zwölftes Buch (SGB XII)

Kontaktdaten (Telefonnummer, E-Mail)		
Bankverbindung: IBAN BIC		
Besteht ein Betreuungsverhältnis? Gibt es einen Bevollmächtigten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vor- und Zuname und Anschrift des Betreuers/ Bevollmächtigten (ggf. Telefonnummer und E-Mail) Bitte Betreuerausweis/ Vollmacht beifügen		

Zusätzliche Angaben/ Erklärungen

Bezeichnung der Einrichtung, Anschrift	
Wann erfolgte die Aufnahme bzw. wann soll sie erfolgen?	
In welchem Zeitraum wurde Kurzzeit- oder Verhinderungspflege erbracht?	
Wovon haben sie bisher Ihren Lebensunterhalt bestritten?	
Sind Sie Kriegsbeschädigte/-r oder –hinterbliebene/-r?	

Behindertenausweis

Haben Sie einen Behindertenausweis?	<input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt
Grad der Behinderung	
Merkmal „G“?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch
Zwölftes Buch (SGB XII)

Weitere Personen, die mit der/dem Hilfesuchenden in einem Haushalt leben/ gelebt haben

	1	2
Name		
Vorname		
Geburtsdatum und Ort		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Antragssteller/-in		
Beruf/ Beschäftigung		
Arbeitgeber/ Schule		
Nettoeinkommen		

*Bei mehr als vier Haushaltsmitgliedern bitte auf einem Zusatzblatt aufführen

Angaben zur Kranken und Pflegeversicherung

Name Ihrer Pflegekasse	
Anschrift Ihrer Pflegekasse	
Pflegegrad (Bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> wurde nicht beantragt <input type="checkbox"/> wurde beantragt am _____ <input type="checkbox"/> wurde abgelehnt am _____ <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 (Bitte Eingraduierungsbescheid Ihrer Pflegekasse beifügen)
Soweit es sich um Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt ohne Pflegegrad handelt:	Wurde ein Antrag auf Übernahme der Kosten bei der Krankenkasse gestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wurde beantragt am _____ <input type="checkbox"/> wurde abgelehnt am _____

Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch
Zwölftes Buch (SGB XII)

Einkommen und Vermögen

(Bitte ankreuzen und Höhe angeben!)

Art des Einkommens/ Vermögens	Antragsteller/-in (Bei minderjährigen Kindern bitte ein Elternteil eintragen, bei Ehegatte bitte zweiten Elternteil eintragen)	Ehegatte oder Lebenspartner
Arbeitsentgelt (Bitte Abrechnung beifügen)		
Renten (Bitte jeweils den aktuellen Rentenbescheid beifügen) (Bitte ankreuzen und Höhe angeben!)	<input type="checkbox"/> Altersruhegeld: <input type="checkbox"/> Witwen-/Witwerrente: <input type="checkbox"/> EU-Rente: <input type="checkbox"/> Betriebsrente: <input type="checkbox"/> Pension: <input type="checkbox"/> sonstige Rente:	<input type="checkbox"/> Altersruhegeld: <input type="checkbox"/> Witwen-/Witwerrente: <input type="checkbox"/> EU-Rente: <input type="checkbox"/> Betriebsrente: <input type="checkbox"/> Pension: <input type="checkbox"/> sonstige Rente:
Kindergeld		
Unterhaltszahlungen (Bitte Nachweise einreichen)		
Wohngeld/ Lastenzuschuss (Bitte Bescheid beifügen)		
Grundsicherung, Eingliederungshilfe, Landesblindengeld (Bitte Bescheid beifügen)		
Sonstige Einkünfte, z.B. Mieteinnahmen (Bitte Nachweise beifügen)		
Girokontoguthaben (Bitte Kontoauszüge der letzten 3 Monate beifügen)		
Bank- und Sparguthaben (Bitte anliegende Bescheinigung von der Bank ausgefüllt einreichen + Kopie der Eintragungen der Konten der letzten 10 Jahre)		
Sonstiges Vermögen(Aktien/ Wertpapiere)		
Grundvermögen (Häuser, Grundstücke, forstwirtschaftliche Grundstücke etc.)	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/> vorhanden, nämlich: Eigentümer: Straße, Nr.: Ort: Gemarkung, Flur: Nutzungsart: Größe: Wert:	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/> vorhanden, nämlich: Eigentümer: Straße, Nr.: Ort: Gemarkung, Flur: Nutzungsart: Größe: Wert:
Kraftfahrzeug (Bitte Nachweise beifügen)	Art: Baujahr: Wert:	Art: Baujahr: Wert:

Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch
Zwölftes Buch (SGB XII)

Bausparvertrag, Prämienvertrag, Wertpapiere		
Lebensversicherung (Bitte Nachweise beifügen)	Versicherte Person: Versicherung (Name, Adresse) Versicherungssumme: Monatl. Beitrag: Rückkaufwert:	Versicherte Person: Versicherung (Name, Adresse) Versicherungssumme: Monatl. Beitrag: Rückkaufwert:
Sterbegeldversicherung (Bitte Nachweise beifügen)	Versicherte Person: Versicherung (Name, Adresse) Versicherungssumme: Monatl. Beitrag: Rückkaufwert: Abgeschlossen am:	Versicherte Person: Versicherung (Name, Adresse) Versicherungssumme: Monatl. Beitrag: Rückkaufwert: Abgeschlossen am:
Besteht ein Bestattungsvorsorgevertrag? (Bitte Nachweise beifügen)	Bestattungsinstitut: Anschrift: Höhe: Abgeschlossen am:	Bestattungsinstitut: Anschrift: Höhe: Abgeschlossen am:

Vermögensveräußerungen und Schenkungen (Wert über 1.000,00 Euro) in den letzten 10 Jahren (siehe §§ 528 f. BGB)

Wurde in den letzten 10 Jahren Vermögen veräußert oder verschenkt? (z.B. Haus, Grundstück etc.)	<input type="checkbox"/> ja (Bitte Nachweise beifügen) <input type="checkbox"/> nein
Zeitpunkt	
Anlass	
Art	
Höhe	
Empfänger	

Gemäß § 528 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) hat ein Schenker bei Verarmung, d.h. wenn er seinen angemessenen Lebensunterhalt nicht selbst bestreiten kann, einen Rückforderungsanspruch gegenüber dem Beschenkten. Ein solcher Rückforderungsanspruch ist grundsätzlich geltend zu machen, bevor Sozialhilfeleistungen gewährt werden können.

Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch
Zwölftes Buch (SGB XII)

Versicherungen

Beiträge für Versicherungen	
Hausrat	Versicherte Person: Versicherung (Name, Adresse) Versicherungssumme: Monatl. Beitrag:
Haftpflicht	Versicherte Person: Versicherung (Name, Adresse) Versicherungssumme: Monatl. Beitrag:
Unfall	Versicherte Person: Versicherung (Name, Adresse) Versicherungssumme: Monatl. Beitrag:
Sonstige	Versicherte Person: Versicherung (Name, Adresse) Versicherungssumme: Monatl. Beitrag:

Nicht geklärte Ansprüche

Bestehen für die/den Hilfesuchende(n) oder ihren/seinen Ehegatten weitere noch nicht entschiedene Ansprüche,
aus denen er noch keine Leistungen erhält?

Aus dem Lastenausgleich	
Aus Sozialversicherung (Rentenversicherung)	
Als Kriegsbeschädigter	
Aus Unfall	
Aus Krankheit	
Aus anderem Rechtsgrund z.B. Erbe	

Angaben über unterhaltspflichtige Angehörige:

	Ehegatte/ eingetragene Lebenspartner/in	Kind 1	Kind 2	Kind 3	Kind 4
Name; ggf. Geburtsname					
Vorname					
Geburtsdatum					
Straße, Haus- Nr.					
PLZ, Wohnort					
Telefon/ E-Mail					
Höchster Schulabschluss :					
Höchster Berufsabschlus s:					
Derzeitige Tätigkeit:					
In welcher Branche tätig?					
Derzeitiger Arbeitgeber:					
Einkommen über 100.000 € Brutto/Jahr	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

*Sollten Sie mehr als vier Kinder haben, ist ein Zusatzblatt zu verwenden

Bestehen bereits Unterhaltsansprüche gegen geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten oder Partner(-innen) einer Lebenspartnerschaft?

nein, Grund: _____

auf Unterhalt wurde verzichtet, Grund: _____

ja:

Unterhalt wird bereits gezahlt

Unterhaltsansprüche wurden noch nicht geltend gemacht

Unterhalt ist bereits geltend gemacht Unterhaltsansprüche sind bereits tituliert (vollstreckbarer Titel, bitte Urteil beifügen)

1. Soweit bereits Sozialhilfe bezogen wurde, erkläre ich mich damit einverstanden, dass der Landkreis Diepholz meine Akte beim vorherigen Sozialhilfeträger anfordert und einsieht.

Unterschrift Antragssteller/ Betreuer/ Bevollmächtigter

Erklärung der/ des Hilfesuchenden und ihres/seines Ehegatten oder Lebenspartners

1.)

Ich versichere, dass die Angaben in diesem Antrag voll der Wahrheit entsprechen und dass keine Angaben verschwiegen wurden. Es ist mir bekannt, dass ich mich durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze und zu Unrecht bezogenen Leistungen zurückzahlen muss. Auf die Bestimmungen über den Kostenersatz nach Abschnitt 6 des Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch -SGB XII - wurde ich hingewiesen. Auf meine Mitwirkungspflicht und die Folgen fehlender Mitwirkung (§§ 60 ff. Sozialgesetzbuch SGB I - allgem. Teil) bin ich hingewiesen worden. Ich bin ferner darüber informiert, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse (auch die von Haushaltsangehörigen) sowie über Abwesenheit, Klinikaufenthalt usw. unverzüglich und unaufgefordert dem Leistungsträger (Sozialamt) mitzuteilen habe. Jede Arbeit, auch Gelegenheitsarbeit, werde ich sofort dem Leistungsträger anzeigen.

2.)

Ich / Wir erkläre(n), dass außer dem vorstehend aufgeführten Einkommen und Vermögen kein weiteres Einkommen und Vermögen vorhanden ist. Erläuterung: Zum Einkommen gehören alle Einkünfte in Geld und Geldeswert ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung. Ich bin mir / Wir uns dessen bewusst, dass ich mich / wir uns durch unwahre oder unvollständige Angaben der Strafverfolgung aussetze.

Unterschrift Antragssteller/-in/ Betreuer/ Bevollmächtigter Unterschrift Ehegatte/ Lebenspartner

Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch
Zwölftes Buch (SGB XII)

Hinweise: Gerne helfen wir Ihnen beim Ausfüllen des Antrages oder beantworten Ihnen Ihre Fragen. Sollten Sie persönlich vorsprechen wollen, vereinbaren Sie nach Möglichkeit einen Termin.

Ihre Ansprechpartner:

Allgemein	Frau Julia Henne	Telefon 05441 976-1031	E-Mail hilfezurpflege@diepholz.de
-----------	------------------	----------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------

Team Hilfe zur Pflege (stationär)

A, P, W	Frau Kerstin Dröge	05441 976-4182	hilfezurpflege@diepholz.de
C, N, O, R, St, T, U	Frau Christina Heider	05441 976-4207	hilfezurpflege@diepholz.de
E, F, I, J, M, X, Y	Frau Irene Gibert	05441 976-1020	hilfezurpflege@diepholz.de
Sch	Frau Christa Kampsen	05441 976-1032	hilfezurpflege@diepholz.de
H	Frau Petra Klusmeyer	05441 976-4203	hilfezurpflege@diepholz.de
D, K	Frau Karin Niehaus	05441 976-4204	hilfezurpflege@diepholz.de
B, V, Z	Frau Jolanta Stolte	05441 976-1087	hilfezurpflege@diepholz.de
G, L, S	Frau Leonie Strathmann	05441 976-1022	hilfezurpflege@diepholz.de

Team Hilfe zur Pflege (ambulant)

A – K	Frau Sabine Thölke	05441 976-4165	sabine.thoelke@diepholz.de
L - Z	Herr Ingo Schweneker	05441 976-4226	ingo.schweneker@diepholz.de

Team Spezialgesetze (Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes)

hilfezurpflege@diepholz.de

Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII)

Landkreis Diepholz
Niedersachsenstr. 2
49356 Diepholz



Landkreis Diepholz
— gut miteinander leben.

Informationen zum Datenschutz gem. Art. 13 DSGVO Leistungserbringung "Hilfe zur Pflege" nach SGB XII

Wir möchten Ihnen auf diesem Weg die wesentlichen Informationen zum Datenschutz zu der Verarbeitungstätigkeit Leistungserbringung "Hilfe zur Pflege" nach SGB XII mitteilen. Bei Fragen zum Thema Datenschutz bestehen mehrere Kontaktmöglichkeiten.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Landrat des Landkreises Diepholz
Niedersachsenstr. 2, 49356 Diepholz, Telefon: 05441 976-1000

Datenschutzbeauftragter

DSB Landkreis Diepholz, Herr Kim Schoen (ITEBO)
Stüvenstraße 26, 49076 Osnabrück, Telefon: 0541 9631-222

Datenschutzaufsichtsbehörde

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz
Prinzenstr. 5, 30159 Hannover, Telefon: 0511 120-4500

Zweck der Verarbeitung

Bearbeitung von Anträgen auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit des Antragstellers.

Die personenbezogenen Daten werden zur Prüfung der Pflegebedürftigkeit und zur Ermittlung des pflegerischen Bedarfs sowie zur Errechnung des hieraus resultierenden sozialhilferechtlichen Bedarfs benötigt.

Rechtsgrundlage der Verarbeitung

SGB XII

Art der erhobenen Daten

- Stammdaten (Az., Name, Vorname, Anschrift, Geb. Datum, Geschlecht, Bankverbindung, Einkommen, Zahlbeträge)
- Krankenversicherung (KV-Nr., Bankverbindung)

Dauer der Datenspeicherung

- Einzelfallakten 10 Jahre nach Abschluss (Stammdaten)

Betroffenenrechte

Sie können über die v.g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung (Art. 16 DSGVO) oder Löschung (Art. 17, 18 und 21 DSGVO) verlangen.

Recht auf Auskunft

Werden personenbezogene Daten von Ihnen verarbeitet, haben Sie das Recht, Auskunft über die zur Person gespeicherten Daten zu erhalten, z.B. Verarbeitungszwecke, Herkunft der Daten, Empfänger der Daten etc. (Art. 15 DSGVO).

Recht auf Berichtigung

Sollten unrichtige oder unvollständige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DSGVO).

Recht auf Löschung

Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DSGVO). Dies gilt insbesondere, wenn diese zu dem Zweck, zu dem sie erhoben wurden nicht mehr benötigt werden.

Recht auf Datenübertragbarkeit

Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben oder ein Vertrag zur Datenverarbeitung besteht und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

Widerruf der Einwilligung

Wenn Sie in die Verarbeitung durch den Landkreis Diepholz durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt haben, können Sie die Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.

Recht auf Widerspruch

Sie haben grundsätzlich ein allgemeines Widerspruchsrecht gegen eine an sich rechtmäßige Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten. Sobald Sie Widerspruch eingelegt haben, dürfen wir Ihre Daten nicht mehr verarbeiten, es sei denn, es liegen zwingende schutzwürdige Gründe vor. Ein zwingender Grund kann sich insbesondere aus Gesetzen ergeben, die die Verarbeitung vorsehen oder voraussetzen. Die bis zum Widerspruch verarbeiteten Daten werden hierdurch nicht rechtswidrig. Ihr Widerspruch ist an den Landkreis Diepholz zu richten. (Art. 21 DSGVO)

Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde

Weiterhin steht Ihnen ein Beschwerderecht bei der Landesbeauftragten für den Datenschutz, Prinzenstr. 5, 30159 Hannover zu.

Infoblatt für Anträge auf Übernahme ungedeckter Heimkosten

Der Antrag ist vollständig ausgefüllt und auf der Seite 8 links unten unterschrieben zurückzusenden. Angaben die nicht gemacht werden können sind zu streichen und entsprechend zu kommentieren (z.B.: II. Weitere Personen in der Haushaltsgemeinschaft – nicht vorhanden).

In jedem Fall sind auf der Seite 7 Angaben zu sämtlichen leiblichen Kindern einzutragen, auch wenn diese bereits verstorben sind.

In Ihrem eigenen Interesse, bzw. im Interesse des Hilfesuchenden wird darauf hingewiesen, dass der Antrag erst nach Eingang sämtlicher notwendiger Unterlagen bzw. im Antrag zu machenden Angaben verbindlich geprüft werden kann.

Sofern Ihr Antrag genehmigt wird, ist das gesamte Renteneinkommen (bei Ehepaaren wird ein Kostenbeitrag errechnet) an die Einrichtung zu überweisen. Dem Hilfeempfänger steht ein angemessener Barbetrag, soweit nicht Blindenhilfe nach dem SGB XII gezahlt wird, zur Verfügung. Dieser wird auf das Verwahrgeldkonto bei Ihrer Einrichtung überwiesen. Die Abrechnung der Kosten erfolgt direkt mit der Einrichtung.

Weiterhin ist die Vorlage der nachfolgend aufgeführten Unterlagen, sofern noch nicht geschehen, zur Bearbeitung des Antrages notwendig:

- aktuelle Rentenbescheide,
- Kontoauszüge sämtlicher Konten über den Zeitraum der letzten 3 Monate bzw. Umsatzübersichten
- Bescheinigung der Banken über sämtliche vorhandene Konten (Vordruck ist beigelegt)
- Eine Saldenbescheinigung der letzten 10 Jahre **aller** vorhandenen Konten. **Bitte die Kontostände jeweils zum 1.1. eines jeden Jahres von der Bank bestätigen lassen**
- falls bereits vorhanden, Einstufungsbescheid der Pflegekasse,
- evtl. Mietvertrag des letzten Mietverhältnisses vor Heimaufnahme,
- Nachweise über Kapitalunfall-, Lebens- und/oder Sterbegeldversicherungen inkl. derzeitigem Rückkaufwert,
- Kopie des Schwerbehindertenausweises,
- Kopie des Betreuerausweises / der Vollmacht,
-

Ist Grundvermögen vorhanden oder wurde innerhalb der letzten 10 Jahre übergeben:

- Übergabevertrag,
- Einheitswertbescheid,
- Sonstige Nachweise über den Besitz von Grundvermögen (z.B. Kaufvertrag, Auszug aus dem Grundbuch, etc.),

Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch
Zwölftes Buch (SGB XII)

- Nachweise über vertraglich gesicherte Ansprüche gegen Dritte,

Zusätzlich bei Ehepaaren, wenn nur ein Ehepartner in eine Einrichtung wechselt:

- aktuelle Nachweise über Haftpflicht-, Hausrat-, Unfall-, Pkw-Versicherung, u.ä.,
- Steuerbescheide (z.B. Grundsteuer, Kfz-Steuer, etc.)
- Nachweis über Heizkosten
- Renten-/Einkommensnachweise des Ehegatten
- Nachweise über Vermögen (wie oben)
- Nachweise über sonstige Zahlungsverpflichtungen

Wurde bereits ein Antrag auf Mietzuschuss oder Grundsicherung gestellt, über den bereits entschieden wurde, ist der entsprechende Bescheid ebenfalls beizufügen.

Erben sind im Rahmen des § 102 SGB XII zum Kostenersatz verpflichtet. Ein bei Lebzeiten des Hilfeempfängers anerkannt geschütztes Vermögen im Sinne von § 90 Abs. 2 oder 3 SGB XII verliert seinen Status beim Tode des Hilfeempfängers. Im Übrigen geht die Verpflichtung zum Kostenersatz auf den/die Erben über.

Sollten Sie weitere Fragen hierzu haben wenden Sie sich bitte an den für den Hilfesuchenden zuständigen Sachbearbeiter im Kreishaus Diepholz. (Anfangsbuchstabe des Nachnamens):

Wichtig bei Anträgen auf Kurzzeit -und Verhinderungspflege:

Bitte in diesen Fällen eine Bestätigung der Pflegekasse aus der hervorgeht, dass alle dortigen Leistungen (Betreuungsleistungen) ausgeschöpft sind, mit dem Antrag einreichen. (Formular ist dem Antrag beigelegt)