

## **Anlagen zum Antrag auf stationäre Eingliederungshilfe**

Soweit zutreffend bitte folgende Unterlagen in Kopie beifügen:

- Personalausweis
- Schwerbehindertenausweis
- Bescheid des Versorgungsamtes
- Betreuerausweis bzw. Vorsorgevollmacht
- Bescheid der Pflegekasse
- Ärztliche Stellungnahmen, Befunde, Gutachten zur bestehenden Behinderung
- Bescheid bei Besuch einer Werkstatt für behinderte Menschen oder anderer Fördereinrichtungen
- Mietvertrag / Nutzungsvertrag
- Grundbuchauszug, Notarvertrag bei Wohneigentum
- Einkommen aus Vermietung und Verpachtung
- Unterhaltsverpflichtungen (Urkunden)
- Bescheid über Grundsicherung, Wohngeld, Lastenzuschuss
- Nachweis über Einkommen (Erwerbseinkommen, Arbeitslosengeld, Übergangsgeld, Altersrente, Erwerbsminderungsrente, Krankengeld u. ä.)
- Vermögensnachweise: Girokonto der letzten 3 Monate, Sparbuch, Kapitalanlagen, Lebensversicherung, Bausparverträge u. ä.
- Kreditbelastungen (Verträge, Zins- und Tilgungsplan)
- Versicherungen (Hausrat-, Haftpflicht-, Unfallversicherung, Riesterrente-Verträge)
- Nachweis über Schulden
- Scheidungsurteil, Unterhaltsverpflichtungen
- Aufnahmebereitschaft des Trägers/ der Einrichtung
- Betreuungsvereinbarung

## Information über Anbieter des Ambulant Betreuten Wohnens im Landkreis Saalfeld - Rudolstadt

---

Name, Vorname Antragsteller/in

Ich wurde über die Anbieter des Ambulant Betreuten Wohnens im Landkreis Saalfeld – Rudolstadt informiert und entscheide mich für:

- AWO Saalfeld gGmbH  
*Rainweg 91, 07318 Saalfeld*
  
- Diakoniestiftung Weimar Bad Lobenstein gGmbH  
*Brudergasse 11 und 18, 07318 Saalfeld*
  
- Lebenshilfe Saalfeld – Rudolstadt e.V. ( nur für geistig behinderte Menschen)  
*Francois-Mitterand-Allee 21, 07407 Rudolstadt*
  
- Lebenshilfe Neuhaus e. V.  
*Am Wasserturm 3, 98724 Neuhaus a. Rwg.*
  
- Miteinander e. V.  
*Sonneberger Straße 1, 98724 Neuhaus a. Rwg.*
  
- Verein für soziale Lebenshilfe e.V.  
*Pössnecker Straße 66, 07806 Neustadt Orla*

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller/Betreuer/Bevollmächtigter

## Erklärung zur Überweisung der Kosten auf das Konto des Leistungserbringers

\_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Antragsteller

Ich gebe mein Einverständnis zur Überweisung der monatlichen Kosten durch den Sozialhilfeträger an den Leistungserbringer.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/Betreuer/Bevollmächtigter

**Einwilligung**  
**zur Übergabe der Bescheide (in Kopie) an den Maßnahmeträger**

Bewilligungsbescheid

von

\_\_\_\_\_

Name, Vorname Antragsteller/in

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Träger

Ich gebe mein Einverständnis, dass o. g. Bescheide direkt vom Sozialhilfeträger an den Maßnahme-Träger übergeben werden können.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Antragsteller/Betreuer/Bevollmächtigter

## Einwilligungserklärung zur Übergabe von Unterlagen

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Antragsteller/in

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
gesetzlicher Vertreter

Ich bin einverstanden, dass folgende Unterlagen direkt übergeben werden können:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

von:

\_\_\_\_\_  
Name/Einrichtung/Behörde/Institution

\_\_\_\_\_  
Anschrift

an:

Landratsamt Saalfeld-Rudolstadt, Sozialamt

\_\_\_\_\_  
Name/Einrichtung/Behörde/Institution

Schlossstraße 24, 07318 Saalfeld

\_\_\_\_\_  
Anschrift

Diese Einwilligung gilt bis auf Widerruf.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/Betreuer/Bevollmächtigter

## Tatsächlicher (gewöhnlicher) Aufenthalt des Antragstellers

tatsächlicher Aufenthalt, ( wo haben Sie tatsächlich gewohnt, auch wenn es nicht die Meldeadresse war)

(die letzten Monate vor Beginn der Hilfe bzw. vor Beginn der Krankenhausbehandlung, der stationären Therapie oder Beginn der Haft sind hierbei von Bedeutung)

### 1. tatsächlicher Aufenthalt

Name, Vorname Antragsteller/in \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Bitte alle Nachweise beifügen, die diesen Aufenthalt bestätigen. Sollten wirklich keine Unterlagen vorhanden sein, benennen Sie bitte die aktuelle Adresse von Personen, die diesen tatsächlichen Aufenthalt vor der ersten Heimaufnahme bestätigen können.

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

2. Aufzählung aller **bekanntem Heime und Klinikaufenthalte**, falls der tatsächliche Aufenthalt des Antragstellers vor der ersten Heimaufnahme nicht zu ermitteln ist

**Heim**

**Anschrift**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/Betreuer/Bevollmächtigter

## Auskunft zu Haus- und Grundbesitz

\_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Antragsteller/in

In den **letzten 10 Jahren** hat/hatte der Antragsteller bzw. Ehegatte folgenden Haus- und Grundbesitz

	noch in Besitz	Abgabe/ Verkauf an: Name, Vorname	bereits zur Heim- kostendeckung eingesetzt – Betrag:
--	-------------------	---	--

### 1. Haus- und Grundbesitz

Eigentumswohnung

Adresse: \_\_\_\_\_

Wohnhaus

Adresse: \_\_\_\_\_

Gemarkung: \_\_\_\_\_

Flurstück: \_\_\_\_\_

### 2. sonstiger Grundbesitz

\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Gemarkung: \_\_\_\_\_

Flurstück \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Gemarkung: \_\_\_\_\_

Flurstück \_\_\_\_\_

3.  Ich habe keinen Haus- und Grundbesitz.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/Betreuer/Bevollmächtigter

## Prüfung vorrangiger Leistungen gem. § 2 SGB XII

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Antragsteller/in

1. Erhalten die/der Antragsteller/in oder in der Familie lebende Personen Versorgungsleistungen nach einem der folgenden Entschädigungsgesetze (bitte zutreffendes ankreuzen))

JA  NEIN

- Bundesversorgungsgesetz (BVG)
- Soldatenversorgungsgesetz (SVG)
- Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG)
- Infektionsschutzgesetz/Impfschäden (IfSG) – vor 01.01.2001 nach dem Bundesseuchengesetz
- Häftlingshilfegesetz (HHG)
- Bundesentschädigungsgesetz (BEG)
- weitere Entschädigungsgesetze, bitte Gesetz angeben

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

Wenn ja, bitte Anschrift, Aktenzeichen und entsprechende Unterlagen beifügen:

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/Betreuer/Bevollmächtigter



## Erklärung über den Bezug von Leistungen nach dem SGB XI (Pflegeversicherung)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Antragsteller/in

- Ich erhalte bereits Leistungen nach dem SGB XI und zwar
- nach § 45 a SGB XI f. - Betreuungsleistungen bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz
  - der Pflegestufe I
  - der Pflegestufe II
  - der Pflegestufe III

Bei Vorhandensein einer Pflegestufe:

Ich nutze folgende Leistungen:

- Pflegegeld       Pflegesachleistung (Pflegedienst)       Kombinationsleistung

- Ich erhalte keine Leistungen nach dem SGB XI und
- habe einen Antrag auf Leistungen nach dem SGB XI bei meiner Pflegekasse gestellt. Eine Entscheidung steht noch aus.
  - werde zeitnah einen Antrag nach dem SGB XI bei meiner Pflegekasse stellen.
  - beabsichtige nicht, einen Antrag auf Leistungen nach dem SGB XI bei meiner Pflegekasse zu stellen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift gesetzlicher Betreuer

**Vermögen des Antragstellers bzw. des Ehegatten  
Stand:**

\_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Antragsteller/in

**1. Bargeld**

ja     nein    Bestand in €    \_\_\_\_\_    Antragsteller  
 ja     nein    Bestand in €    \_\_\_\_\_    Ehegatte

**2. Sparbücher**

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Geldinstitut	BIC	IBAN	Bestand in €	Kontoinhaber
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

**3. Girokonto**

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Geldinstitut	BIC	IBAN	Bestand in €	Kontoinhaber
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

**4. Verwahrgeldkonto im Heim/persönliches Konto im Heim**

ja     nein    Bestand/€    \_\_\_\_\_

**5. sonstige Sparverträge (z. B. Bausparverträge)**

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Geldinstitut	BIC	IBAN	Bestand in €	Kontoinhaber
		_____	_____	_____	_____	_____
		_____	_____	_____	_____	_____

**6. sonstige Geld- u. Kapitalanlagen**

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Geldinstitut	BIC	IBAN	Bestand in €	Kontoinhaber
		_____	_____	_____	_____	_____

**7. Vertriebenengeld**

ja     nein    Betrag in € \_\_\_\_\_ erhalten am \_\_\_\_\_

enthalten im Guthaben Geldinstitut    BIC    IBAN    Bestand in €    Kontoinhaber

\_\_\_\_\_

weitergereicht an    Name, Vorname    Adresse

\_\_\_\_\_

für persönliche Bedürfnisse bereits verwendet

vollständig     teilweise    Betrag in € \_\_\_\_\_

**8. sonstige Vermögenswerte (außer Haus- und Grundbesitz)**

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Geldinstitut	BIC	IBAN	Bestand in €	Kontoinhaber
		_____	_____	_____	_____	_____

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/Betreuer/Bevollmächtigter