

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

Erklärung zur Überweisung des Barbetrages

_____ geb.: _____
Name, Vorname Antragsteller/in

Überweisung auf mein Privatkonto

Ich wünsche die Überweisung des Barbetrages auf meine nachstehend angegebene Bankverbindung.

Kontoinhaber: _____

Bank: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Ich verpflichte mich überzahlte Beträge zurückzuzahlen und beauftrage dazu das jeweils kontoführende Geldinstitut, mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge des Landratsamtes Saalfeld-Rudolstadt entsprechend meiner Leistungen zurückzuzahlen.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/Betreuer/Bevollmächtigter

Überweisung auf das Konto der Einrichtung (Heim)

Ich gebe mein Einverständnis zur Überweisung des monatlichen Barbetrages durch den Sozialhilfeträger an die Einrichtung/den Einrichtungsträger.

Einrichtung: _____

Bank: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/Betreuer/Bevollmächtigter

Unterschrift/Stempel Einrichtungsträger

Die Einrichtung/der Einrichtungsträger verpflichtet sich überzahlte Beträge dem Landratsamt Saalfeld-Rudolstadt zurückzuzahlen, soweit eine Verrechnung mit Folgebeträgen nicht möglich ist.

Stempel Einrichtungsträger

Unterschrift Einrichtungsträger

**Erklärung zur Überweisung der Heimkosten auf das Heimkonto
(bei Bruttoprinzip)**

_____ geb.: _____
Name, Vorname Antragsteller/in

Überweisung auf das Konto der Einrichtung (Heim)

Ich gebe mein Einverständnis zur Überweisung der monatlichen Heimkosten durch den Sozialhilfeträger an die Einrichtung/den Einrichtungsträger.

Einrichtung: _____

Bank: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/Betreuer/Bevollmächtigter

Unterschrift/Stempel Einrichtungsträger

Die Einrichtung/der Einrichtungsträger verpflichtet sich überzahlte Beträge dem Landratsamt Saalfeld-Rudolstadt zurückzuzahlen, soweit eine Verrechnung mit Folgebeträgen nicht möglich ist.

Stempel Einrichtungsträger

Unterschrift Einrichtungsträger

Einwilligung

zur Übergabe der Bescheide (in Kopie) an die Einrichtung/den Einrichtungsträger

- Bescheid zur Übernahme der Heimkosten (Bewilligungsbescheid)
- Barbetragsbescheid
- Bekleidungsgebührenbescheid
- Grundsicherungsbescheid
- alle anderen Bescheide

von

Name, Vorname Antragsteller/in

Geburtsdatum

Anschrift des Heimes

Ich gebe mein Einverständnis, dass o. g. Bescheide direkt vom Sozialhilfeträger an die Einrichtung/den Einrichtungsträger 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 vor der ersten Heimaufnahme

(die letzten 2 Monate **vor** Heimaufnahme/Klinikaufnahme sind hierbei von Bedeutung, auch wenn dies viele Jahre zurückliegt)

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 Hilfeempfängers 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

**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)

ja nein Geldinstitut BIC IBAN Bestand in € Kontoinhaber

6. sonstige Geld- u. Kapitalanlagen

ja 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)

ja nein Geldinstitut BIC IBAN Bestand in € Kontoinhaber

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/Betreuer/Bevollmächtigter