

<u>Träger/Einrichtung:</u>	<u>Bevollmächtigter/Betreuer:</u> <small>(Bitte Vollmacht/ Bestellung beifügen)</small>
	<u>Name:</u>
	<u>Adresse:</u>
	<u>Telefonnummer:</u>
	<u>Mobil:</u>

- Kriegsoferfürsorge (**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 <u>Heimplatzwechsel</u> : letzte Anschrift vor erstmaliger Aufnahme im Pflegeheim)			
Tag der Aufnahme in die Pflegeeinrichtung:		Zustimmungserklärung (bei Neuantrag)	ist beigefügt wird nachgereicht
Pflegegrad: _____ seit: _____		<input type="checkbox"/> Einzelzimmer incl. Zuschlag <input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer	
Der tägliche Pflegesatz beträgt seit dem _____ €			

B. Angaben zu den Einkommens- und Vermögensverhältnissen **bitte Auswahl treffen und **bitte Auswahl treffen** nicht getrennt lebenden **bitte Auswahl treffen** 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bis _____
2.) Einkommensnachweise ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bis _____
3.) Vermögenserklärung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bis _____
4.) Vermögensnachweise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bis _____
5.) Bescheid der Pflegekasse über vollstationäre Pflegeleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bis _____

¹ Rentenbescheide der Rentenversicherungsträger (auch Werksrenten, Zusatzrenten, usw. - incl. zu erwartende Sonderzahlungen)

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 beigelegt** **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
der/des Antragstellers/in
bzw. der/des Bevollmächtigten

Unterschrift