



ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN

zum Antrag auf Hilfe zur Pflege nach § 61ff SGB XII

Anlage Pflege-/Versorgungsbedarf

für

Vorname

Nachname

6.	Pflege-/Versorgungsbedarf		
▶	Bitte legen Sie Nachweise zu Ihren Angaben vor (z.B.: Bescheid über Feststellung des Pflegegrades, Pflegegutachten, Heimvertrag, ärztliche Bescheinigungen).		
		1. Person	2. Person
601	Ich benötige Hilfe zur Pflege in Form von	☐ Übernahme der ungedeckten Heimkosten (innerhalb einer Pflegeeinrichtung) ☐ vollstationäre Pflege ☐ Kurzzeit- und /oder Verhinderungspflege ☐ ambulanter Hilfe zur Pflege ☐ häuslicher Pflegehilfe (Pflegesachleistungen) ☐ in der Häuslichkeit ☐ in einer ambulant betreuten Wohngruppe ☐ Pflegegeld ☐ Verhinderungspflege ambulant ☐ Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes: ☐ Arbeitgebermodell ☐ Entlastungsbetrag ☐ Aufwendungen der Pflegeperson zur angemessenen Alterssicherung ☐ teilstationäre Pflege ☐ Tagespflege ☐ Nachtpflege ☐ Hauswirtschaftliche Versorgung ☐ Essen auf Rädern ☐ sonstiges:	☐ Übernahme der ungedeckten Heimkosten (innerhalb einer Pflegeeinrichtung) ☐ vollstationäre Pflege ☐ Kurzzeit- und /oder Verhinderungspflege ☐ ambulanter Hilfe zur Pflege ☐ häuslicher Pflegehilfe (Pflegesachleistungen) ☐ in der Häuslichkeit ☐ in einer ambulant betreuten Wohngruppe ☐ Pflegegeld ☐ Verhinderungspflege ambulant ☐ Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes: ☐ Arbeitgebermodell ☐ Entlastungsbetrag ☐ Aufwendungen der Pflegeperson zur angemessenen Alterssicherung ☐ teilstationäre Pflege ☐ Tagespflege ☐ Nachtpflege ☐ Hauswirtschaftliche Versorgung ☐ Essen auf Rädern ☐ sonstiges:
602	Warum sind Sie pflegebedürftig?	wegen: ☐ Krankheit ☐ Alter ☐ Unfall ☐ Fremdverschulden	wegen: ☐ Krankheit ☐ Alter ☐ Unfall ☐ Fremdverschulden
603	Wurde ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
604	Aktueller Pflegegrad	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
605	Wurde eine Höherstufung beantragt?	☐ Ja, am ☐ Nein	☐ Ja, am ☐ Nein
606	Haben Sie Leistungen der Eingliederungshilfe beantragt oder werden Ihnen diese gewährt?	☐ Ja, welche: ☐ Nein	☐ Ja, welche: ☐ Nein

607	Beziehen Sie bereits Leistungen durch Ihre Pflegeversicherung?	☐ Ja, welche: ☐ Leistungen der vollstationären Pflege ☐ Leistungen für Kurzzeit-/Verhinderungspflege ☐ Entlastungsbetrag für Kurzzeit-/Verhinderungspflege ☐ Pflegegeld ☐ Pflegesachleistungen ☐ Kombinationsleistungen ☐ Entlastungsbetrag ☐ Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen	☐ Ja, welche: ☐ Leistungen der vollstationären Pflege ☐ Leistungen für Kurzzeit-/Verhinderungspflege ☐ Entlastungsbetrag für Kurzzeit-/Verhinderungspflege ☐ Pflegegeld ☐ Pflegesachleistungen ☐ Kombinationsleistungen ☐ Entlastungsbetrag ☐ Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen
608	Übernahme der ungedeckten Heimkosten		
609	Pflegeeinrichtung		
	Straße Hausnummer		
	PLZ Ort		
	Tag der (geplanten) Heimaufnahme		
610	Zuzahlungsdarlehen	Sofern Sie für die von Ihnen zu leistenden Zuzahlungen für Leistungen der Krankenversicherung bis zur individuellen Belastungsgrenze (§ 62 SGB V) ein Darlehen in Anspruch nehmen möchten, wird das Darlehen vom Barbetrag einbehalten. Bitte teilen Sie mit, ob Sie das Darlehen in Anspruch nehmen möchten oder nicht. ☐ Ich möchte das Darlehen in Anspruch nehmen ☐ Ich möchte das Darlehen ab dem nächsten Jahr in Anspruch nehmen. Für dieses Jahr liegt eine Befreiung vor oder wurde bereits beantragt. ☐ Ich möchte das Darlehen nicht in Anspruch nehmen	
611	Ambulante Hilfe zur Pflege		
612	Benötigen Sie Hilfe im Haushalt?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
613	Falls ja: Wofür und wie häufig?		
614	Wer leistet die Hilfestellung?	☐ Angehörige ☐ Freund*innen/Bekannte/Nachbar*innen ☐ Pflegedienst/Anbieter*in – welcher? 	☐ Angehörige ☐ Freund*innen/Bekannte/Nachbar*innen ☐ Pflegedienst/Anbieter*in – welcher?
615	Benötigen Sie Pflege an Ihrer Person?	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
616	Wer leistet die Hilfestellung?	☐ Angehörige ☐ Freund*innen/Bekannte/Nachbar*innen ☐ Pflegedienst/Anbieter*in – welcher? 	☐ Angehörige ☐ Freund*innen/Bekannte/Nachbar*innen ☐ Pflegedienst/Anbieter*in – welcher?
617	Teilstationäre Pflege		
618	Welche Hilfe benötigen Sie?	☐ Tagespflege an Tagen pro Woche ☐ Nachtpflege an Nächten pro Woche	☐ Tagespflege an Tagen pro Woche ☐ Nachtpflege an Nächten pro Woche
619	Welche/r Anbieter*in leistet die Hilfe?		
620	Versorgungsbedarf bei fehlender Pflegebedürftigkeit und/oder Pflegegrad 1		
621	Benötigen Sie Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes?	☐ Ja, für Stunden pro Woche ☐ Nein	☐ Ja, für Stunden pro Woche ☐ Nein
622	Welche/r Anbieter*in leistet die Hilfe?		
623	Essen auf Rädern		
624	Benötigen Sie Essen auf Rädern?	☐ Ja, an Tagen pro Woche ☐ Nein	☐ Ja, an Tagen pro Woche ☐ Nein
625	Welche/r Anbieter*in erbringt die Leistung?		