

Stadt Bielefeld  
Amt für soziale Leistungen  
- Sozialamt –  
Hilfen außerhalb von Einrichtungen (SGB XII)

Aktenzeichen: 500.21

Datum:

### Antrag auf Gewährung von Hilfe zur häuslichen Pflege (§§ 61 ff. SGB XII)

Hilfe zur Pflege erhält derjenige, der gesundheitliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Die Person kann körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen.

Ist nur die Aufrechterhaltung der Haushaltsführung erforderlich, fällt diese Hilfe nicht unter die Hilfe zur Pflege.

Hilfe zur Pflege wird nicht geleistet, wenn nur geringfügige Hilfeleistungen erforderlich sind, die im Allgemeinen nicht abgegolten werden.

1. Persönliche Verhältnisse	Pflegebedürftige/r	Antragsteller/in
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Anschrift, Tel.-Nr.		
Krankenversichert bei		
Im Übrigen wird auf den <input type="checkbox"/> aufzunehmenden <input type="checkbox"/> vorliegenden Sozialhilfegrundantrag verwiesen		

2. Wer übt die Pflege aus?		Behandelnder Arzt
Name, Vorname, Geburtsdatum		
Anschrift, Tel.-Nr.		
Stellung zum Pflegebedürftigen		

<b>3. Bezeichnung der Krankheit/Behinderung und ihre Auswirkungen (z.B. bettlägerig, Rollstuhl):</b>
--

4. Forderungen der Pflegeperson an die/den Pflegebedürftige/n (§ 64f SGB XII)
Wird ein bestimmter Aufwand geltend gemacht? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, nämlich

### 5. Ansprüche gegen Dritte oder Leistungen Dritter

a) Ist die Hilflosigkeit Folge eines Unfalls oder verursacht durch einen Dritten?

Nein

Ja (Name, Anschrift des Schädigers, Zeit u. Ort der Schädigung):

b) Werden Pflegeleistungen nach dem Sozialgesetzbuch von der Krankenkasse/Pflegekasse beantragt oder bereits gewährt?

Nein

Ja (Art der Leistung, Verpflichteter, Höhe):

c) Falls bereits Pflegeleistungen von der Krankenkasse/Pflegekasse gewährt werden:  
Wurde ein Höherstufungsantrag gestellt?

Nein

Ja

d) Befindet sich der/die Pflegebedürftige in teilstationärer Betreuung?

Nein

Ja (Einrichtung):

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass die Stadt Bielefeld als Sozialhilfeträger für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit auf evtl. bei anderen Sozialleistungsträgern oder beim medizinischen Dienst der Krankenkassen vorhandene Gutachten zurückgreifen kann. Auch mit der Weitergabe sozialarbeiterischer oder medizinischer Gutachten an Sozialleistungsträger oder den medizinischen Dienst der Krankenkassen bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(SachbearbeiterIn)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des/der Pflegebedürftigen)

Der/die Pflegebedürftige kann die Unterschrift nicht selbst leisten.  
Das Einverständnis wurde mündlich erklärt.

\_\_\_\_\_  
(SachbearbeiterIn)