

Antrag auf Gewährung von Leistungen gemäß §§ 41, 61 ff Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) Hilfe zur Pflege - stationär -



Landeshauptstadt Wiesbaden
Der Magistrat
Amt für Soziale Arbeit
Abt. Altenarbeit
Hilfe zur Pflege -stationär-
Konradinerallee 11
65189 Wiesbaden

Az.: 510605.

Eingang:

1. Angaben zu den persönlichen Verhältnissen

	1. Person – Antragsteller(in)	2. Person <input type="checkbox"/> Ehegatte (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Lebenspartner(in) (nicht getrennt lebend) <input type="checkbox"/> Partner(in) in eheähnlicher Gemeinschaft <input type="checkbox"/> Sonstige
Familienname, auch Geburtsname, Vornamen		
Namen aus früheren Ehen		
Anschrift vor Heimaufnahme Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort		
Geburtsdatum und -ort		
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> gesch. seit ¹	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> getr.-leb. <input type="checkbox"/> gesch. seit
Personalausweisnummer bzw. Reisepass / sonstiger Ausweis		
Staatsangehörigkeit (bei Ausländern Aufenthaltsstatus)		
Name und Anschrift der/des Bevollmächtigten oder der Betreuerin bzw. des Betreuers		
Tel.-Nr.:		
In welcher stationären Einrichtung (Name und Anschrift des Alten- und Pflegeheimes) sind Sie untergebracht?		
Art der Unterbringung	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/> vollstationär <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/> vollstationär <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer
Datum der Aufnahme im Alten- und Pflegeheim:		
Konnten die Kosten für die Unterbringung im Pflegeheim bislang selbst gezahlt werden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bis wann:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bis wann:
Ab wann (Datum) wird die Leistung beantragt?		

¹ bitte legen Sie das Scheidungsurteil vor.

Seite 2 von 08
Antrag auf Hilfe zur Pflege -stationär-

Haben Sie bereits Leistungen vom Amt für Soziale Arbeit Wiesbaden erhalten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja: von wem? bis wann?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja falls ja: von wem? bis wann?
---	---	---

Liegt eine Schwerbehinderung vor? (Bitte Kopie des Ausweises oder Bescheid des Versorgungsamtes beifügen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Merkzeichen: Grad der Behinderung: %	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Merkzeichen: Grad der Behinderung: %
--	---	---

2. Kranken- / Pflegeversicherung (Bitte Leistungs- bzw. Ablehnungsbescheid der Pflegeversicherung beifügen, Bei privater oder freiwilliger Versicherung unbedingt Versicherungsschein und aktuellen Beitragsnachweis beilegen!)

Bei welcher Kranken- u. Pflegeversicherung sind Sie versichert?	Versichertennummer:	Versichertennummer:
Art des Krankenversicherungsverhältnisses?	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> § 264 SGB V <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> § 264 SGB V <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt
Falls Sie beihilfeberechtigt sind, Anschrift des Dienstherrn		
Pflegekasseneinstufung	Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Leistungen der Pflegekasse (bitte legen Sie alle Bescheide der Pflegekasse vor.)	<input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> eingeschränkte Alltagskompetenz	<input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> eingeschränkte Alltagskompetenz

3. Monatliche Kosten der Unterkunft (Miete vor Heimaufnahme)

Zahl der Personen in der Wohnung:	Person(en)
Sofern nicht auf Seite 1 angegeben Name, Vorname, Geburtsdatum und Stellung zum / zur Antragsteller(in)	
Wohnfläche: ca. m ²	
Kosten der Unterkunft:	
Kaltmiete:	
Betriebskosten: (ohne Heizkosten)	
Höhe der monatlichen Heizkosten: €	Art der Beheizung: <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Strom <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Sonstige Art
Höhe der Einnahmen aus Untervermietung ² : €	<input type="checkbox"/> möbliertes Zimmer Leerzimmer <input type="checkbox"/> möblierte Wohnung <input type="checkbox"/>
Wohnung gekündigt am:	
Bestehen Ansprüche auf die Rückzahlung einer Kaution oder Genossenschaftsanteilen ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar in Höhe von €

² Bitte legen Sie den Untermietvertrag vor.

3.1 Haus-, Grund- und Wohnungseigentum, Nutzungsrechte (Nießbrauchrecht, Wohnrecht)

<input type="checkbox"/> ja, und zwar... <input type="checkbox"/> Haus <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> Grundstück <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Nutzungsrechte </div> <p style="font-size: small;">(nutzen Sie bitte ggf. die Rückseite, falls hier der Platz nicht ausreicht)</p>	<input type="checkbox"/> nein, bitte weiter zu Punkt 4 (Einkommen)
<p>Soweit Sie Eigentümerin oder Eigentümer bzw. Nutzungsberechtigte/r einer oder mehrerer Immobilien sind, sind zu jeder Immobilie folgende Angaben zu machen:</p> <p>- Anschrift der Immobilie:</p> <p>- Eigentumsanteil:</p> <p>- Baujahr:</p> <p>- Aktueller geschätzter Verkehrswert: €</p> <p>- Einheitswert gemäß Steuerbescheid: €</p> <p>- Aktuelle Höhe der Mieteinnahmen (Mietvertrag beilegen): €</p> <p>- Höhe der aktuellen Schuldverpflichtungen (bitte Darlehensvertrag, ggfs. notarieller Kaufvertrag vorlegen): €</p>	

☞ Aktuelle Grundbuchauszüge, notarielle Kaufverträge und Nachweise über aktuelle Schuldverpflichtungen (z. B. Darlehensverträge) sind unbedingt beizufügen!

4. Einkommen (Bitte Nachweise beifügen!)

	1. Person	2. Person
Einkommen	Mtl. Betrag (€) <small>Nicht monatliche Betragsangabe bitte kennzeichnen!</small>	Mtl. Betrag (€) <small>Nicht monatliche Betragsangabe bitte kennzeichnen!</small>
Renten / Pensionen <small>(z.B. Rente wg. Alter, Unfall, Witwen- oder Waisenrente, Betriebsrente, Versorgungsbezüge, Kindererziehungsleistung, o.ä.)</small>		
Ausländische Rente/n	€	€
Leistungen der Kriegsofferfürsorge (KOF)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vermietung und Verpachtung <small>(Untermiete bei 3. angeben!)</small>		
Wohngeld / Lastenzuschuss		
Unterhalt (bitte auch Angaben unter 6.)		
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z.B. Wohnrecht, Nießbrauchrecht, Taschengeld, Leibrente)		
Zinseinnahmen und sonstige Einkünfte		
Blindengeld		

Seite 4 von 08
Antrag auf Hilfe zur Pflege -stationär-

Bestehen Schadensersatzansprüche oder Leistungen aus einer Versicherung?		
--	--	--

5. Vermögen: Bargeld, Guthaben (z.B. Spar- und Girokonten) und sonstiges Vermögen

Art des Vermögens	Belegter Vermögenswert	Belegter Vermögenswert
Bargeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €
Bank- / Sparguthaben	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (bitte unten ausfüllen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (bitte unten ausfüllen)
Angaben zu Bank- und Sparguthaben, (Kontoinhaber, Bank, IBAN, BiC und in der letzten Spalte das <u>aktuelle Guthaben</u>)		€
		€
		€
		€
Wertpapiere / Aktien	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €
Lebensversicherungen (aktueller Rückkaufwert inkl. Überschussanteil nachweisen). Wer ist der Begünstigte im Todesfall?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €
Sterbegeldversicherung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €
Kraftfahrzeug(e)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, im Wert von: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, im Wert von: €
Staatlich geförderte private Altersvorsorge (Riester-Rente)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €
Sonstige Forderungen oder Ansprüche gegen Dritte	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €
Bausparverträge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €
Bestattungsvorsorge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €
Sonstiges Vermögen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in Höhe von: €
Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung auf andere Personen übertragen (z.B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil, vorgezogene Erbfolge)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde falls ja: Name und aktuelle Anschrift des Beschenkten: Datum der Schenkung: Gesamtwert: €	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne besonderen Vertrag <input type="checkbox"/> ja, siehe beigefügte Urkunde falls ja: Name und aktuelle Anschrift des Beschenkten: Datum der Schenkung: Gesamtwert: €

6. Angaben zu Ihren leiblichen Kindern und Adoptivkindern, geschiedene(r) Ehegattin/Ehegatte oder getrennt lebende(r) Ehegattin/Ehegatte bzw. Lebenspartnerin/Lebenspartner, Eltern

Verwandtschafts- verhältnis	Name, Vorname	Geburtsdatum	Anschrift	falls verstorben: Sterbedatum

<p>Bestehen Unterhaltsansprüche gegenüber einer/eines geschiedenen oder getrennt lebenden Ehegattin oder Ehegatten oder Partner(innen) einer Lebenspartnerschaft?</p> <p>BITTE NACHWEISE VORLEGEN!</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein, Grund:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein, Grund:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind noch nicht geltend gemacht</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, Unterhaltsansprüche sind bereits geltend gemacht</p>
--	---	---

Antragsbegründung

(Bitte ggf. auf gesondertem Blatt ausführen und als Anlage dem Antrag beifügen)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ein eventueller Anspruch auf Geldleistungen, direkt an das Alten- und Pflegeheim überwiesen wird.

Erklärung

Den Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) habe ich wahrheitsgemäß ausgefüllt.

Ich werde Änderungen der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familien-, Wohn-, Einkommens-, Vermögens- und Aufenthaltsverhältnisse) sowie der Verhältnisse, über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich und unaufgefordert mitteilen. Ein Verschulden durch eine von mir bevollmächtigte Person wird mir zugerechnet.

Hinweis: Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch-Zehntes Buch (SGB X). Die weitere Datenverarbeitung erfolgt nach § 67b Abs. 1 SGB X.

Datum	Antragsteller/in bzw. Bevollmächtigte/r	Unterschrift
Datum	Ehegattin/Ehegatte bzw.	Unterschrift
Datum	Name Sachbearbeiter(in) in Druckbuchstaben (Antrag angenommen und auf vollständiges Ausfüllen geprüft)	Unterschrift Sachbearbeitung

Anlagen:

- Erklärung zum Darlehensanspruch (Befreiung von der Zuzahlung)
- 2 Merkblätter zu den gesetzlichen Bestimmungen (bitte senden Sie uns das Exemplar auf Seite 8 unterschrieben zurück!)
- Übersicht der notwendigen Unterlagen zum Antrag

**Erklärung zum ergänzenden Darlehen
gem. § 37 Abs. 2 Sozialgesetzbuch, Zwölftes Buch (SGB XII)**

Sie müssen als Heimbewohner/-in und Leistungsberechtigte/r nach dem SGB XII ebenfalls Zuzahlungen zu den Arzt- u. Arzneikosten leisten. Der Höchstbetrag beläuft sich für das Jahr 2018 auf **99,84 € (49,92 € für chronisch Kranke)**. Der Gesetzgeber hat für die Leistungsberechtigten die Möglichkeit eines ergänzenden Darlehens geschaffen, um Härten in den ersten Monaten eines Kalenderjahres zu vermeiden.

Name, Vorname:

Einrichtung:

Krankenkasse:

Mitgliedsnummer:

Hiermit erkläre ich verbindlich, dass ich

- das Darlehen gem. § 37 Abs. 2 SGB XII für die bis zur Belastungsgrenze (§ 62 SGB V) zu leistenden Zuzahlungen ab dem kommenden Kalenderjahr bis auf weiteres in Anspruch nehmen möchte.
- kein Darlehen gem. § 37 Abs. 2 SGB XII bis auf weiteres in Anspruch nehmen möchte. Ich werde die notwendigen Zuzahlungen selbst leisten.

Soweit Sie das Darlehen in Anspruch nehmen, bitten wir folgendes zu beachten:

Mir ist bekannt,

- ◆ dass das Darlehen in monatlichen Raten vom Barbetrag zurückgezahlt werden muss.
- ◆ dass ein Guthaben auf dem Eigengeldkonto in der Einrichtung bei Beendigung des Aufenthaltes bis zur Höhe des offenen Darlehensbetrages einbehalten wird.
- ◆ dass bei Einrichtungswechsel die Raten bis zur vollständigen Tilgung des Darlehens weiter zu leisten sind.
- ◆ dass das Darlehen jederzeit auch durch Einmalzahlung oder höhere Raten getilgt werden kann.
- ◆ dass auch bei Nichterreichen der Zuzahlungsgrenze kein Anspruch auf Erstattung gegen die Stadt Wiesbaden besteht.
- ◆ dass das Darlehen auch zurückgezahlt werden muss, wenn der Höchstzuzahlungsbetrag nicht erreicht wird.

Wiesbaden, den

.....
Unterschrift der/des Antragstellerin/Antragstellers

Merkblatt

Aufgrund Ihres Antrages auf Übernahme der ungedeckten Pflegekosten für einen stationären Aufenthalt erhalten Sie Hilfe zur Pflege nach § 61 des Sozialgesetzbuches Teil XII.

Sollten während des Bewilligungszeitraumes Änderungen in Ihren persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen eintreten, z.B.

- **Änderung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse**

so sind Sie verpflichtet, uns diese sofort und unaufgefordert mitzuteilen.

Bitte beachten Sie die nachfolgenden gesetzlichen Bestimmungen!

§ 90 Abs. 2 Ziffer 9 Sozialgesetzbuch Teil XII

Die Sozialhilfe darf nicht abhängig gemacht werden vom Einsatz oder von der Verwertung kleinerer Barbeträge oder sonstiger Geldwerte. Die Vermögensfreigrenze beträgt bei der Hilfe zur Pflege nach § 61 Sozialgesetzbuch Teil XII 5.000,00 €.

§ 60 Sozialgesetzbuch Teil I

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat:

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen.
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistungen erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen.
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

§ 66 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Teil I

Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seiner Mitwirkungspflicht nach den §§ 60 ff. SGB I nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlung die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistungen nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert.

Auszug aus dem Strafgesetzbuch -§ 263-

1. Wer in der Absicht, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen eines anderen dadurch beschädigt, dass er durch Vorspiegelung falscher oder durch Entstellung bzw. Unterdrückung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt oder unterhält, wird mit Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
2. Der Versuch ist strafbar.
3. In besonders schweren Fällen beläuft sich die Freiheitsstrafe zwischen einem und zehn Jahren.

Empfangsbestätigung:

Wiesbaden, den

.....
Unterschrift der/des Antragstellerin/Antragstellers

Für den Antrag auf Übernahme der ungedeckten Pflegekosten werden folgende Unterlagen benötigt:

- ❖ Vollmacht / Betreuerausweis
- ❖ Personalausweis (Heimbewohner/-in und Bevollmächtigte/r)
- ❖ Aktueller Nachweis über die Kaltmiete, Betriebs- und Heizkostenvorauszahlung
- ❖ Schwerbehindertenausweis
- ❖ Angaben zur Ehefrau / zum Ehemann
(Name, Geburtsdatum, Anschrift, evtl. Scheidungsurteil)
- ❖ Angaben zu den Kindern (Name, Geburtsdatum, Anschrift)
- ❖ Einkommensnachweise, z.B.
Rentenbescheid/e, Blindengeld- / Wohngeldbescheid
- ❖ Bescheid(e) der Pflegekasse / Kostenzusage der Pflegekasse (Pflegegeld und eingeschränkte Alltagskompetenz nach dem Pflegeeneuausrichtungsgesetz PNG)
- ❖ Bestätigung der Bank/en über dort bestehende Konten
(Gesamtengagement / Kundenfinanzstatus / Finanzübersicht für jeden Ehegatten und für Eheleute)
- ❖ Ertragnisaufstellung aller Banken mit denen Sie Geschäftsverbindungen haben bzw. Negativbescheinigung für das vergangene Kalenderjahr
(Zusammenstellung der Zinserträge aller Konten und Depots)
- ❖ Kontoauszüge der letzten 4 Monate von allen bestehenden Konten
- ❖ Vorlage bzw. Umsatznachweis von bestehenden Sparbüchern
- ❖ Nachweise über sonstiges Vermögen, z.B.
Aktien, Grundbesitz (aktueller Grundbuchauszug), Nießbrauch / Wohnrecht
- ❖ Lebensversicherung und / oder Sterbeversicherung
(Versicherungsschein, Bestätigung des aktuellen Rückkaufswertes)
- ❖ Nachweise über eine evtl. getroffene Bestattungsvorsorge
(Bestattungsvorsorgevertrag, Quittung über geleistete Zahlungen)

Bitte beachten Sie, dass auch die Nachweise über das Einkommen und Vermögen der Ehefrau / des Ehemannes vorzulegen sind.

Sofern Sie eine Rente der Kriegsofopferfürsorge erhalten, ist der Landeswohlfahrtsverband Hessen für die Gewährung der Hilfe zur Pflege zuständig.

Kopie für die Antragstellerin / den Antragsteller

Merkblatt

Aufgrund Ihres Antrages auf Übernahme der ungedeckten Pflegekosten für einen stationären Aufenthalt erhalten Sie Hilfe zur Pflege nach § 61 des Sozialgesetzbuches Teil XII.

Sollten während des Bewilligungszeitraumes Änderungen in Ihren persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen eintreten, z.B.

- **Änderung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse**

so sind Sie verpflichtet, uns diese sofort und unaufgefordert mitzuteilen.

Bitte beachten Sie die nachfolgenden gesetzlichen Bestimmungen!

§ 90 Abs. 2 Ziffer 9 Sozialgesetzbuch Teil XII

Die Sozialhilfe darf nicht abhängig gemacht werden vom Einsatz oder von der Verwertung kleinerer Barbeträge oder sonstiger Geldwerte. Die Vermögensfreigrenze beträgt bei der Hilfe zur Pflege nach § 61 Sozialgesetzbuch Teil XII 5.000,00 €.

§ 60 Sozialgesetzbuch Teil I

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat:

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen.
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistungen erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen.
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

§ 66 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Teil I

Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seiner Mitwirkungspflicht nach den §§ 60 ff. SGB I nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlung die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistungen nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert.

Auszug aus dem Strafgesetzbuch -§ 263-

1. Wer in der Absicht, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen eines anderen dadurch beschädigt, dass er durch Vorspiegelung falscher oder durch Entstellung bzw. Unterdrückung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt oder unterhält, wird mit Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
2. Der Versuch ist strafbar.
3. In besonders schweren Fällen beläuft sich die Freiheitsstrafe zwischen einem und zehn Jahren.

Empfangsbestätigung:

Wiesbaden, den

.....
Unterschrift der/des Antragstellerin/Antragstellers