

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

Landeshauptstadt Wiesbaden  
Der Magistrat  
Sozialleistungs- und Jobcenter  
Hilfe zur Pflege -stationär-  
Kreuzberger Ring 7 a  
65205 Wiesbaden

Az.: 500131.

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 <sup>1</sup>	<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)		
<b>Name und Anschrift der/des Bevollmächtigten oder der Betreuerin bzw. des Betreuers</b>		
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:

<sup>1</sup> bitte legen Sie das Scheidungsurteil vor.

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

Ab wann (Datum) wird die Leistung beantragt?	
--	--

Haben Sie bereits Leistungen vom Sozialleistungs- und Jobcenter 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"/> § 264 SGB V <input type="checkbox"/> ohne <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)**

- Heimbewohner\*in ist alleinstehend, die Wohnung ist aufgelöst. Es fallen keine Mietzahlungen mehr an. => weiter mit Punkt 3.1
- Heimbewohner\*in ist alleinstehend, die Wohnung ist noch nicht aufgelöst. Es fallen Mietzahlungen an.

Gesamtkosten der Unterkunft (mtl.an den Vermieter): *	€		
Wohnung gekündigt am:		Wohnung gekündigt zum:	

- Heimbewohner\*in ist verheiratet / in Lebenspartnerschaft, in eheähnlicher Gemeinschaft; der/die Ehepartner\*in / (Lebens-) Partner\*in verbleibt in der Mietwohnung

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 <sup>2</sup>
Kosten der Unterkunft (mtl.):	Kaltmiete:
Betriebskosten (ohne Heizkosten)	Heizkosten:

\* Der Antrag kann auch ohne Angabe der Kosten der Unterkunft bearbeitet werden, die Nichtangabe kann aber zu finanziellen Nachteilen für den/ die Antragsteller\*in führen.

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

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

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

**4. Einkommen (Bitte Nachweise beifügen!)**

	1. Person	2. Person
<b>Einkommen</b>	<b>Mtl. Betrag (€)</b>	<b>Mtl. Betrag (€)</b>
	Nicht monatliche Betragsangabe bitte kennzeichnen!	Nicht monatliche Betragsangabe bitte kennzeichnen!
<b>Renten / Pensionen</b> (z.B. Rente wg. Alter, Unfall, Witwen- oder Waisenrente, Betriebsrente, Versorgungsbezüge, Kindererziehungsleistung, o.ä.)		
<b>Ausländische Rente/n</b>	€	€
Leistungen der Kriegsoferfürsorge (KOF)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vermietung, Verpachtung oder Untermiete		
Wohngeld / Lastenzuschuss		
Unterhalt (bitte auch Angaben unter 6.)		
Privatrechtliche geldwerte Ansprüche (z.B. Wohnrecht, Nießbrauchrecht, Taschengeld, Leibrente)		
Zinseinnahmen und sonstige Einkünfte		
Blindengeld		
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)
Girokonto	IBAN: Kontostand: €	IBAN: Kontostand: €
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: €
Kautions Mietwohnung / Genossenschaftsanteile	<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 <b>in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung</b> 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 <b>falls ja:</b> 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 <b>falls ja:</b> 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	Geburts- datum	Anschrift	falls verstorben: Sterbe- datum	Beruf

<p><b>Bestehen Unterhaltsansprüche gegenüber einer/eines geschiedenen oder getrennt lebenden Ehegattin oder Ehegatten oder Partner(innen) einer Lebenspartnerschaft?</b></p> <p><b>BITTE NACHWEISE VORLEGEN!</b></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>
<p><b>Verfügt eines Ihrer Kinder allein oder Ihre Eltern gemeinsam vermutlich über erhebliches Einkommen (ab 100.000 EURO jährlich)?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</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:

Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihr Einkommen ab Heimaufnahme in voller Höhe direkt an die Pflegeeinrichtung zu überweisen ist. Bei Ehepaaren wird aus dem Gesamteinkommen ein Kostenbeitrag ermittelt, welcher ebenfalls an die Einrichtung zu überweisen ist.

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 2022 auf 107,76 € (**53,88 € 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**

Sie stellen einen Antrag auf Übernahme der ungedeckten Pflegekosten in einem Alten- und Pflegeheim oder Tagespflege.

Für diese Leistungen gelten die Vorschriften des Sozialgesetzbuches Teil XII.

Ab Antragstellung sind Sie verpflichtet, uns alle Änderungen in Ihren persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse, z.B.

- **Änderung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse**

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



Der Magistrat  
 Sozialleistungs- und Jobcenter  
 Hilfe zur Pflege - stationär -  
 Kreuzberger Ring 7 a, 65205 Wiesbaden



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

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

- ❖ Heimvertrag
- ❖ Vollmacht / Betreuerausweis
- ❖ Personalausweis (Heimbewohner/-in und Bevollmächtigte/r)
- ❖ Mietvertrag und letztes Mietänderungsschreiben/ Nachweis Kautions
- ❖ Schwerbehindertenausweis
- ❖ Angaben zur Ehefrau / zum Ehemann  
(Name, Geburtsdatum, Anschrift, evtl. Scheidungsurteil)
- ❖ Angaben zu den Kindern (Name, Geburtsdatum, Anschrift)
- ❖ Bescheid(e) der Pflegekasse / Kostenzusage der Pflegekasse
- ❖ Nachweise über eine evtl. getroffene Bestattungsvorsorge  
(Bestattungsvorsorgevertrag, Quittung über geleistete Zahlungen)

**Wenn Sie bereits Leistungen der Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung vom Sozialleistungs- und Jobcenter beziehen, benötigen wir nur noch folgende Unterlagen:**

- ❖ Letzter Bewilligungsbescheid über die Leistungen der Grundsicherung
- ❖ Renten-Erstbescheid (sofern Sie eine Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen)

**Wenn Sie keine Leistungen der Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung vom Sozialleistungs- und Jobcenter beziehen, benötigen wir folgende Unterlagen:**

- ❖ Einkommensnachweise, z.B.  
aktuelle Rentenbescheid/e, Blindengeld- / Wohngeldbescheid
- ❖ Renten-Erstbescheid (sofern Sie eine Rente wegen voller Erwerbsminderung beziehen)
- ❖ 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)

**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

## Information gemäß Artikel 13/Artikel 14 der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Mit den folgenden Informationen möchten wir Ihnen einen Überblick über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte aus dem Datenschutzrecht geben. Die Erhebung und Verarbeitung von Daten dient dazu, Ihnen Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII), Hilfe zur Pflege, zur Verfügung stellen zu können.

### 1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Landeshauptstadt Wiesbaden  
Der Magistrat  
Sozialleistungs- und Jobcenter  
Konradinallee 11, 65189 Wiesbaden

### 2. Behördlicher Datenschutzbeauftragter

Datenschutzbeauftragter der Landeshauptstadt Wiesbaden,  
Postfach 3920; 65029 Wiesbaden

### 3. Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung

Das Amt für Soziale Arbeit verarbeitet Ihre Daten, um Ihre Inanspruchnahme von Leistungen nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII) zu bearbeiten und die Leistungen gegebenenfalls zur Verfügung zu stellen. Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ist auf die jeweils notwendigen Daten beschränkt. Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist bei der Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe oder Verpflichtung Art. 6 Abs. 1 lit. c und e sowie Art. 9 Abs. 2 lit. b DSGVO in Verbindung mit § 35 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I), §§ 67 ff Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz), §§ 121 ff. SGB XII sowie spezial-gesetzliche Regelungen.

Sofern wir Sie ausdrücklich um eine Einwilligung zur Datenverarbeitung gebeten haben, so ist Rechtsgrundlage zur Datenverarbeitung Art 6 Abs. 1 a sowie Art. 9 Abs. 2 a DSGVO in Verbindung mit § 67 b Abs. 2 SGB X.

### 4. Kategorien personenbezogener Daten:

Folgende personenbezogene Daten können im Amt für Soziale Arbeit je nach gesetzlichem Auftrag und Rechtsgrundlage erhoben und verarbeitet werden:

#### Grunddaten:

Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Geburtsname, Nationalität, Familienstand, Geschlecht, Aufenthaltsstatus, Renten-/Sozialversicherungsnummer, Pflegegrad, Telefonnummer (freiwillige Angabe), E-Mailadresse (freiwillige Angabe), Personalausweis ID, Pass ID

#### Weitere mögliche personenbezogene Daten:

- Bankverbindung
- Einkommens- und Vermögensnachweise
- Bedarfe der Unterkunft und Heizung
- Nachweise zum Kranken- und Pflegeversicherungsverhältnis
- Gesundheitsdaten
- Angaben zur gesetzlichen Betreuung/Vormundschaft und Pflegschaft

- Art und Bezug von Sozialleistungen
- Angaben über familiäre Verhältnisse
- Name und Anschrift von Leistungserbringern, z.B. Pflegediensten oder stationären Pflegeeinrichtungen

## **5. Weitergabe von personenbezogenen Daten sowie Erhebung der personenbezogenen Daten**

Personenbezogene Daten werden ausschließlich aufgrund gesetzlicher Befugnisse und Vorschriften (insbesondere aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen des SGB X) an Dritte weitergeleitet wie beispielsweise: andere Sozialleistungsträger (z.B. Deutsche Rentenversicherung, Kranken- und Pflegeversicherung), Finanzämter, Zollbehörden, Strafverfolgungsbehörden und Behörden der Gefahrenabwehr (z.B. Polizei, Staatsanwaltschaft, Verfassungsschutz), Gerichte, andere Dritte wie z.B. kommunale Ämter, Regierungspräsidium Darmstadt, Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundeszentralamt für Steuern, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Auftragsverarbeiter (z.B. IT-Dienstleister), Stationäre Pflegeeinrichtungen als Vermieter (wenn an diesen direkt gezahlt wird), Energieversorger (wenn an diesen direkt gezahlt wird), Schuldnerberatung (nur mit Einwilligung des Betroffenen), Suchtberatung (nur mit Einwilligung des Betroffenen), psychosoziale Betreuung (nur mit Einwilligung des Betroffenen).

Die Erhebung personenbezogener Daten erfolgt grundsätzlich bei dem Betroffenen. Bei Vorliegen einer gesetzlichen Grundlage oder Ihrer Einwilligung können Daten auch bei anderen öffentlichen Stellen, z.B. anderen Sozialleistungsträgern, erhoben werden.

## **6. Dauer der Datenspeicherung**

Die Dauer der Datenspeicherung richtet sich nach den unterschiedlichen gesetzlichen Aufbewahrungsfristen. Sie beträgt bei zahlungsrelevanten Vorgängen in aller Regel 10 Jahre, kann aber auch im Einzelfall bis zu 30 Jahren nach Beendigung des Leistungsgewährung andauern.

## **7. Ihre Rechte**

Auf Ihre Rechte zu Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch bezüglich aller verarbeiteten personenbezogenen Daten weisen wir Sie an dieser Stelle ausdrücklich hin. Rechtsgrundlage hierfür sind die Art. 15 - 21 DSGVO in Verbindung mit den §§ 81, 83 und 84 SGB X.

Sofern Sie Daten nicht bereitstellen oder der Verarbeitung widersprechen, kann dies für Sie rechtliche Nachteile, wie z.B. den Verlust von Rechtsansprüchen, bedeuten. Dies kann im Übrigen auch der Fall sein, wenn Sie eine erteilte Einwilligung zur Datenverarbeitung widerrufen (Art. 13 Abs. 2 lit. c und e DSGVO).

## **8. Hessischer Datenschutzbeauftragter**

Sie haben das Recht, Beschwerden beim Hessischen Datenschutzbeauftragten zu erheben. Postanschrift:

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit  
Postfach 3163; 65021 Wiesbaden