

Geschäftszeichen	Telefon	Hinweis nach § 9 Abs. 2 des Bundesdatenschutzgesetzes: Die mit diesem Vordruck erfragten Angaben werden aufgrund der §§ 60 ff. des Sozialgesetzbuches (SGB) Erstes Buch (I) -Allgemeiner Teil- (Mitwirkungspflichten) erhoben.	Datum
------------------	---------	--	-------

Antrag auf Hilfe zur häuslichen Pflege nach den §§ 61 ff. SGB XII / § 26 c BVG

Zutreffendes bitte ausfüllen oder **X**

Name, Vorname der / des Pflegebedürftigen	Geburtsdatum
Anschrift	
zuständige Pflegekasse / bei Privatversicherten: private Pflegeversicherung, ggf. Beihilfestelle	Datum der Antragstellung

Ich beantrage die Zahlung von Hilfe zur Pflege nach den o. a. Bestimmungen, soweit der Pflegebedarf nicht durch Leistungen der Pflegekasse gedeckt sind.

1.	Ursache und Dauer der Pflegebedürftigkeit	
	Welche Krankheiten oder Behinderungen liegen vor? (Hierzu bitte unbedingt ein aktuelles ärztliches Attest beifügen; falls vorhanden : Pflegegutachten)	_____

	Die Pflegebedürftigkeit besteht wegen	Erläuterungen, ggf. Angabe eines Schädigers
	<input type="checkbox"/> eines Arbeitsunfalles	: _____
	<input type="checkbox"/> einer Berufskrankheit	: _____
	<input type="checkbox"/> eines Verkehrsunfalles	: _____
	<input type="checkbox"/> eine Kriegs- oder Wehrdienstbeschädigung:	_____
	<input type="checkbox"/> einer sonstigen Schädigung durch Dritte	: _____

	Die Pflegebedürftigkeit besteht seit dem:	_____

2.	Besuch einer teilstationären Einrichtung	
	Die / der Pflegebedürftige besucht	
	<input type="checkbox"/> keine teilstationäre Einrichtung	
	<input type="checkbox"/> einen Sonderkindergarten	
	<input type="checkbox"/> eine Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)	
	<input type="checkbox"/> eine Tagespflegeeinrichtung	

3.	Angaben zur pflegerischen Versorgung
3.1	Pflegerische Tätigkeiten
	Art mit Angabe der konkreten Tätigkeiten und zeitlichem Umfang (in Minuten):
	<input type="checkbox"/> Hauswirtschaftliche Verrichtungen: _____ _____
	<input type="checkbox"/> Grundpflege: _____ _____
	<input type="checkbox"/> hiervon Behandlungspflege (vorrangige Leistung durch die Krankenkasse): _____
3.2	Pflegeperson (ohne konkrete Benennung ist keine Leistung möglich)
	a) Name, Vorname : _____ Anschrift : _____ Stellung zum Pflegebedürftigen : _____ Höhe der evtl. geforderten Vergütung: _____ Euro
	b) Name, Vorname : _____ Anschrift : _____ Stellung zum Pflegebedürftigen : _____ Höhe der evtl. geforderten Vergütung: _____ Euro
	c) Wird anstelle oder neben einer Pflegeperson auch ein ambulanter Pflegedienst eingesetzt? Ggf. wenn ja: Name des Pflegedienstes: _____ Anschrift : _____
3.3	Pflegehilfsmittel
	Werden besondere Pflegehilfsmittel benötigt oder eingesetzt, ggf. wenn ja, welche? _____
3.4	Weitere Hinweise / Bemerkungen
	_____ _____

4.	Andere Leistungen
	Werden bereits andere Leistungen bei Pflegebedürftigkeit gezahlt oder wurden diese beantragt, ggf. wenn ja, welche?
	<input type="checkbox"/> Blindengeld gem. LBIGG <input type="checkbox"/> sonstige: _____

Hinweis:

Ich entbinde hiermit meine behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht. Gleichzeitig ermächtige ich meine Pflegekasse dem Sozialamt der Stadt Bochum vorhandene oder noch zu erstellende Pflegegutachten zur Verfügung zu stellen, da diese zur Ermittlung der Leistungshöhe benötigt werden.
 Gemäß § 66 SGB I kann die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt werden, wenn die erforderlichen Angaben nicht gemacht oder notwendige Nachweise nicht vorgelegt werden.

 Unterschrift des Hilfesuchenden / gesetzlichen Vertreters

Informationen gemäß Artikel 13 der EU-Datenschutzgrundverordnung finden Sie im Internet unter www.bochum.de/ zusammen mit den weiteren Informationen über unsere Dienstleistung. Falls Sie das Internet nicht nutzen, halten wir diese Information für Sie auch als Hinweisblatt bereit.