

Absender/in

Name, Vorname

Datum

Anschrift (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)

Landeshauptstadt Potsdam
Bereich Soziale Leistungen und Integration
AG 3831
Friedrich-Ebert-Str. 79/81
14469 Potsdam

Antrag auf Hilfe zur Pflege

Erstantrag-/Neuantrag Höherstufungsantrag Änderung der Pflegeleistung
ab _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich beantrage folgende Leistungen:

- Häusliche Pflege**
- Pflegesachleistungen** in Form von
 - Pflegegeld
 - Verhinderungspflege
 - Pflegehilfsmittel
- Teilstationäre- und Kurzzeitpflege**
 - Tages- und Nachtpflege
 - Kurzzeitpflege in Situationen, in denen häusliche und teilstationäre Pflege vorübergehend nicht möglich oder ausreichend sind
- Vollstationäre Pflege** (da eine Pflege im häuslichen Bereich nicht möglich ist)

Unterschrift des Antragstellenden / Betreuenden / Bevollmächtigten

Anlagen

Angaben zum Umfang der Pflegebedürftigkeit
Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Anlage 1: Angaben zum Umfang der Pflegebedürftigkeit

Datenschutzhinweise

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben der Träger der Asylbewerberleistungen zum Zweck der Feststellung von Leistungsansprüchen der Hilfe zur Pflege nach dem nach dem Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII) oder auf Grundlage von § 6 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen!

Name, Vorname

Ich habe einen gesetzlichen Betreuer/in / eine/n Bevollmächtigte/n

nein ja ► Bitte eine Kopie des Betreuerausweises/der Vollmacht beifügen!

Ich bin bei folgenden Ärzten in Behandlung:

Name, Anschrift und Telefonnummer

Name, Anschrift und Telefonnummer

Name, Anschrift und Telefonnummer

Ich erhalte seit _____ /werde ab _____ erhalten:

professionelle Pflege von einem ambulanten Pflegedienst:

Name und Anschrift des Pflegedienstes

familiäre, nachbarschaftliche oder ehrenamtliche Pflege. Meine Pflegepersonen sind:

(Wichtig: Bitte Vorname, Name, Anschrift aller pflegenden Personen angeben.)

professionelle Pflege in einer teilstationären, vollstationären Pflegeeinrichtung oder vollstationärer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen:

Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung

Die Pflegebedürftigkeit ist Folge

eines Arbeitsunfalles/einer Berufskrankheit

nein

ja

eines Versorgungsleidens/eines Kriegsschadens

nein

ja

sonstigen Schadens

nein

ja

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von anderen in- oder ausländischen Stellen

nein

ja, und zwar _____

Bescheide sind beigelegt.

Bescheide werden nachgereicht

Sofern ein Hausbesuch durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) erforderlich ist, soll der Termin abgesprochen werden mit

mir selbst

Frau/Herrn _____

Name, Anschrift, Telefonnummer (Angabe ist freiwillig)

Erklärung:

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben wahr sind und dass ich nichts Wesentliches verschwiegen habe. Ich bestätige ausdrücklich, davon unterrichtet worden zu sein, dass ich jede Änderung der Familien-, Einkommens- und Vermögensverhältnisse, vorübergehende Abwesenheit vom Wohnort, Krankenhausaufenthalt usw. (auch von Haushaltsangehörigen) unverzüglich und unaufgefordert der die Leistung gewährenden Behörde mitzuteilen habe.

Mir ist bekannt, dass ich mich wegen unrichtiger oder unvollständiger Angaben strafbar mache (§ 263 Strafgesetzbuch – Betrug) und zu Unrecht empfangene Leistungen erstatten muss.

Zukünftige Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind, müssen dem Sozialhilfeträger unaufgefordert und unverzüglich mitgeteilt werden.

Datum und Unterschrift des Antragstellers/ Betreuers/ Bevollmächtigten

Hinweise zur Datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung

Der medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) wird im Antragsverfahren zur Feststellung Ihrer Pflegebedürftigkeit mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. Zur Unterstützung und Beschleunigung Ihres Antrages werden durch den MDK – soweit dies vom MDK als erforderlich eingeschätzt wird und Sie einwilligen – Ihre behandelnden Ärzte in die Begutachtung mit einbezogen und z. B. für das Gutachten Angaben zu wichtigen Vorerkrankungen und Aussagen zur Ihrer Hilfebedürftigkeit eingeholt.

Mit Ihrer Einwilligung können auch pflegende Angehörige bzw. Personen oder Pflegedienste befragt werden.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich,

Name, Vorname:	
Anschrift:	

bin damit einverstanden, dass der MDK beim Träger der Asylbewerberleistungen der Landeshauptstadt Potsdam von meinen behandelnden Ärzten, Krankenhäusern und Pflegepersonen ärztliche Unterlagen, Auskünfte und Fremdbefunde anfordert. Das gilt unter der Voraussetzung, dass diese Daten für die Leistungsentscheidung erforderlich sind. Unterlagen, die beim Träger der Asylbewerberleistungen der Landeshauptstadt Potsdam eingehen, dürfen an den MDK weitergeleitet werden.

Ich erteile diese Einwilligung **freiwillig**. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass eine Verweigerung der Einwilligung keine unmittelbaren nachteiligen rechtlichen Folgen für mich hat. Diese Einwilligung kann durch mich jederzeit, ohne Angabe von Gründen, mit Wirkung für die Zukunft abgeändert oder **widerrufen** werden.

Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung. Meine Widerrufserklärung kann ich richten an:

Landeshauptstadt Potsdam
Bereich Soziale Leistungen und Integration
Friedrich-Ebert-Str. 79/81
14469 Potsdam

Diese Einverständniserklärung gilt **ab dem** _____.

Datum und Unterschrift des Antragstellers/ Betreuers/ Bevollmächtigten