

Angaben zur bisherigen Lebenssituation

Sehr geehrte Antragstellerin, Sehr geehrter Antragsteller,

Ambulante Hilfen und teilstationäre Maßnahme (Tagespflege) haben gem. § 13 SGB XII Vorrang vor Aufnahme in eine stationäre Einrichtung. In allen Fällen ist daher ausführlich zu begründen, warum Hilfen durch ambulante Pflegedienste oder Tagespflege nicht oder nicht mehr ausreicht.

Wenn sich die unterzubringende Person in stationärer Krankenhausbehandlung befindet, sind Ihnen bei der Zusammenstellung der Unterlagen zur Heimnotwendigkeit die Kollegen bzw. Kolleginnen des Krankenhaussozialdienstes behilflich. Nehmen Sie daher kurzfristig Kontakt um Krankenhaussozialdienst auf.

Bei Fragen zu den folgenden Punkten zur Prüfung der Heimnotwendigkeit wenden Sie sich bitte an Frau Reifenrath.

Benötigte Unterlagen zur Prüfung der Heimnotwendigkeit bei Krankenhausaufenthalt:

- die als Anlage 1 beigefügte Datenschutzerklärung
Der Pflegeüberleitungsbogen gemäß der Vereinbarung des Städtetags Nordrhein-Westfalen 2019 sollte vom Krankenhaussozialdienst nach hier weitergeleitet werden
- Gutachten des MDK zur Feststellung des Pflegegrades (nur wenn nicht älter als ein halbes Jahr). Alternativ der Nachweis des Pflegegrades.

oder

Benötigte Unterlagen zur Prüfung der Heimnotwendigkeit bei Aufenthalt in der häuslichen Umgebung:

- Ausdruck der Diagnosen über den behandelnden Hausarzt
- ausgefüllter Fragebogen mit persönlicher Erklärung
- Gutachten des MDK zur Feststellung des Pflegegrades (nicht älter als ein Jahr)
- Nachweis der Pflegekasse zum aktuellen Pflegegrad

Sofern vorhanden

- Stellungnahme des Pflegedienstes – warum die Versorgung in der eigenen Häuslichkeit nicht mehr gewährleistet ist.

und jeweils

Bei gesetzlicher Betreuung:

- Gutachten zur Feststellung der Betreuung
- Betreuerausweis

Bei Vorsorgevollmacht:

- Vorsorgevollmacht

Bitte geben Sie bei Antragstellung Ihre Kontaktdaten an.

Antragsteller (bevollmächtigte Person bzw. gesetzlicher Betreuer):

(Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)

Name, Vorname des/der Betroffenen:

Geburtsdatum:

Aktueller Pflegegrad:

Vor Heimaufnahme befand sich die Antragstellerin/der Antragsteller

in der eigenen Wohnung

im Krankenhaus

Sonstiger Aufenthalt

war allein lebend

lebte in Haushaltsgemeinschaft mit

Ehepartner/Partner Sohn/Tochter sonstige Angehörige,

Tagespflege

Anschrift der Einrichtung

Die Pflege wurde ausgeübt durch

Angehörige/sonstige Personen **innerhalb** des Haushaltes

Name, Beziehung zum Antragsteller

Angehörige/sonstige Personen **außerhalb** des Haushaltes

Name, Beziehung zum Antragsteller

ambulante Pflegedienste

Name Pflegedienst

Veränderungen im häuslichen Umfeld

Die bisher ausgeübte Pflege ist nicht oder nicht mehr im ausreichenden Umfang gesichert, weil

- die Pflegeperson selbst auf Dauer schwer erkrankt ist oder altersbedingt die Pflege nicht mehr ausüben kann
- die bisherige Pflegeperson aus beruflichen oder sonstigen Gründen nicht mehr zu Verfügung steht
- eine Verwahrlosung des Pflegebedürftigen droht oder bereits eingetreten ist
- Selbst- und Fremdgefährdungstendenzen bestehen
- häusliche Pflege aufgrund räumlicher Gegebenheiten nicht möglich ist und Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung keine Verbesserung bringen

- sonstiges

Ambulante Hilfen und teilstationäre Maßnahmen reichen nicht aus weil,
persönliche Begründung in Stichworten (bitte hier nur Ihre persönliche Sicht eintragen)

Erfolgte eine Beratung beim Pflegestützpunkt der Stadt Mönchengladbach?
(Fachbereich Altenhilfe, Fliethstraße 86-88)

nein

ja, am

Gesprächstermin vereinbart mit _____ am _____

Hinweis für den Antragsteller:

Lehnt der Sozialhilfeträger die Heimaufnahme ab, geht das damit verbundene finanzielle Risiko, nämlich die Finanzierung der Heimpflegekosten aus eigenen Mitteln, zu Ihren Lasten. Eine Wohnungsauflösung ohne Kostenzusage sollte daher nur nach Rücksprache mit Ihrem zuständigen Sachbearbeiter erfolgen.

Datenschutzrechtliche Einwilligung

Soweit der Fachbereich Altenhilfe jetzt und in Zukunft Auskünfte und/oder Unterlagen zur Feststellung der Heimnotwendigkeit gem. § 13 SGB XII (Vorrang von ambulanten Leistungen vor teilstationären Leistungen vor stationären Leistungen) benötigt, entbinde ich mit meiner Unterschrift Ärzte, Krankenhäuser, Versicherungen, Kranken- und Pflegekasse ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht und stimme der Erteilung der erforderlichen Auskünfte sowie der Herausgabe von Unterlagen ausdrücklich zu (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I, § 117 SGB XII)

Datum und Unterschrift Antragsteller/in (hilfebedürftige Person)

Datum und Unterschrift Betreuer/in bzw. bevollmächtigte Person