

**Antrag auf Leistungen der Hilfe zur häuslichen Pflege
nach dem SGB XII (Sozialgesetzbuch 12. Buch)**

Stand 07/2026

Kreis Minden-Lübbecke

Sozialamt

Portastr. 13

32423 Minden

Ich beantrage die Übernahme der ungedeckten Kosten für die Hilfe zur häuslichen Pflege

☐ für mich	☐ für die von mir betreute Person
-----------------------------------	--

1. Übernahme der ungedeckten Kosten für die Hilfe zur häuslichen Pflege

☐ für einen ambulanten Pflegedienst Name vom Pflegedienst	☐ in einer ambulant betreuten Wohngruppe Name und Adresse der Wohngruppe
☐ Pflegegeld	☐ Kosten für eine Haushaltshilfe
☐ Pflegehilfsmittel	☐ Entlastungsbetrag
☐ Tages-/ Nachtpflege	☐ Sonstiges: (z.B. Mahlzeitendienst, Betreuungspauschale)

2. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
Wohnanschrift	Telefon	Ausländerrechtlicher Status; Art der Aufenthaltsgenehmigung, gültig bis:

Falls Ihre Wohnanschrift die einer ambulant betreuten Wohngruppe ist, geben Sie bitte Ihre letzte Adresse *außerhalb* dieser Einrichtung an (sollten Sie bei Angehörigen oder Bekannten gewohnt haben, ist deren Adresse anzugeben):

Familienstand

☐ ledig	☐ verheiratet	☐ in Lebenspartnerschaft / ähnlicher Gemeinschaft le- bend	☐ verwitwet seit
☐ getrennt lebend seit	☐ geschieden seit		
Ehegatte bzw. Lebenspartner (Vorname, Name)		Anschrift des getrennt lebenden / geschieden. Ehegatten	

Weitere Personen, die dauerhaft in Ihrer Wohnung leben

Name, Vorname, Pers. Stellung zu Ihnen	Geburtsdatum
--	--------------

3. Angehörige (Eltern; Kinder) der Antragstellerin/des Antragstellers

☐ keine angehörige Person vorhanden		☐ es ist / sind folgende angehörige Person(en) vorhanden:	
Herr / Frau	Geburtsdatum	z. Zt. ausgeübte Berufstätigkeit	Anschrift
Herr / Frau	Geburtsdatum	z. Zt. ausgeübte Berufstätigkeit	Anschrift
Herr / Frau	Geburtsdatum	z. Zt. ausgeübte Berufstätigkeit	Anschrift

► Weitere **Familienangehörige** sind auf einem zusätzlichen Blatt anzugeben.

4. Durch Antragstellerin/Antragsteller bevollmächtigte Person / amtsgerichtlichen Beschluss bestellte Betreuungsperson

Herr / Frau (Vorname, Name)	Anschrift	Telefon
-----------------------------	-----------	---------

5. Monatlich wiederkehrende und sonstige Einnahmen

E i n n a h m e n	Antragstellerin/Antragsteller	Ehegatte/Lebenspartner
EU- / Altersrente	€	€
Witwen- / Witwerrente	€	€
Rente(n) nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)	€	€
Werks- / Betriebs- / sonstige Zusatzrente(n)	€	€
Ausländische Renten	€	€
sonstige private Rente(n)	€	€
Grundsicherungsleistung/Wohngeld von der Stadt/Gemeinde	€	€

Arbeitslosengeld I oder II (Bürgergeld)	€	€
Blindengeld - nach dem GHBG	€	€
Landeshilfe für hochgradig Sehbehinderte	€	€
sonstige Einnahmen (z. B. Kindergeld / Krankengeld, etc.)	€	€
Ruhegehalt (Beamtenrechtliche Pension)	€	€
Es besteht Beihilfeberechtigung	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

6. Vermögensverhältnisse zum Zeitpunkt der Antragstellung / Kapitalbildende Versicherungen

(ggf. zusammen mit dem Ehe- bzw. Lebenspartner)

Barvermögen	€
Guthaben auf dem Girokonto / den Girokonten	€
Sparguthaben/Tagesgeldkonto bei der	€
Sparvertragsguthaben bei der	€
Bausparguthaben bei der	€
Geschäfts- bzw. Genossenschaftsanteile	€
Adresse Haus- und Grundbesitz* in	Verkehrswert €

Adresse Haus- und Grundbesitz* in	Verkehrswert €
--------------------------------------	----------------

*Einfamilienhäuser, Zweifamilienhäuser, Mehrfamilienhäuser, Eigentumswohnungen, Gewerbebetrieb / land- oder forstwirtschaftlicher Betrieb, Unbebaute Grundstücke

ein Kraftfahrzeug mit dem Kennzeichen	Zeitwert des Fahrzeuges	€
---------------------------------------	-------------------------	---

Wie hoch ist der Restwert der og. Fahrzeuge lt. Gutachten einer Kfz-Schätzungsstelle oder einer Bescheinigung eines Markenhändlers

Kapitalbildende Versicherungen

Sterbegeldversicherung	Rückkaufswert	€
Kapitallebensversicherung	Rückkaufswert	€

Zweckgebundene Vorsorgeverträge

Bestattungsvorsorgevertrag	Vertragswert	€
Dauergrabpflegevertrag	Vertragswert	€

7. Übertragung / Schenkung von Vermögen

Ich habe / die von mir betreute Person hat innerhalb der letzten 10 Jahre vor Antragstellung

☐ KEIN Vermögen übertragen / verschenkt

☐ Vermögen übertragen / verschenkt

Begünstigte/r (Name, Adresse) (ggf. separate Aufstellung beifügen)	Art der Zuwendung (was wurde übergeben)	Zeitpunkt der Zuwendung	Wert der Zuwendung (Betrag)
			€
			€

8. Vertragliche Ansprüche auf unentgeltliche Leistungen / sonstige Ansprüche

- ☐ bestehen nicht ☐ bestehen auf:
☐ freies Wohnrecht ☐ Hege und Pflege ☐

gegen

Herrn / Frau (Vorname, Name)	Anschrift
------------------------------	-----------

9. Mietverhältnis: Ich wohne / die von mir betreute Person wohnt

- ☐ nicht zur Miete ☐ zur Miete ☐ zur Untermiete

Die monatliche Grundmiete beläuft sich auf €	Die monatlichen Heizkosten betragen €	Die sonstigen monatlichen Nebenkosten betragen €
Ein monatliches Wohngeld wird gezahlt ☐ Nein ☐ Ja, in Höhe von €		Name des Vermieters / der Vermieterin und Anschrift

10. Krankenversicherung

Name der Krankenversicherung		Anschrift der Krankenversicherung	
☐	gesetzlich	☐	familienversichert
☐	Privat oder freiwillig	☐	Betreuungsfall (§ 264 SGB V)

11. Leistungen der Pflegeversicherung

Name der Pflegekasse	Anschrift der Pflegekasse
----------------------	---------------------------

☐ Der Antrag ist noch nicht gestellt	☐ Der Antrag ist gestellt	☐ Ein Bescheid liegt vor
---	--	---

Die Pflegekasse zahlt im **häuslichen** Bereich:

☐ keine Leistung	Leistungen des Pflegegrades 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
---	--

12. Eine private Pflegezusatzversicherung

☐ wurde nicht abgeschlossen	☐ wurde abgeschlossen bei der
--	--

13. Sonstige Versicherungen / Vorsorgemaßnahmen

☐ Lebensversicherung	☐ Privathaftpflicht
☐ Gebäudeversicherung	☐ Hausrat
☐	☐

14. Schwerbehindertenausweis

☐	Der Antrag ist noch nicht gestellt	☐	Der Antrag ist gestellt	☐	Ein Bescheid liegt vor
Grad der Behinderung			Merkzeichen		

15. Sonstiges

Ambulant Betreutes Wohnen / Ambulant Unterstütztes Wohnen

☐	wurde beantragt	☐	wurde bewilligt:
Umfang		Anbieter	

16. Angaben Bankverbindung

Name der Bank	Name und Adresse des Kontoinhabers:
IBAN	BIC

17. Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass ich **alle** Fragen in diesem Antrag **vollständig** und **wahrheitsgemäß** beantwortet, und dass ich die in Anlage 2 angegebenen Hinweise zur Kenntnis genommen habe und diese bis zum Erhalt des Sozialhilfebescheides befolgen werde. Mir ist bekannt, dass ich Sozialhilfeleistungen, die mir aufgrund falscher oder fehlender Angaben zu Unrecht bewilligt wurden, zu erstatten habe.

Die Richtigkeit sämtlicher Angaben in diesem Antrag weise ich durch Vorlage von Unterlagen nach.

Ort	Datum	<u>Vollständige Unterschrift(en) Antragsteller(in) und Ehegatte bzw. Lebenspartner(in), Betreuer(in) oder Bevollmächtigte(r)</u>
-----	-------	--

_____, geb. am _____
Name der Antragstellerin / des Antragsstellers

Name, Vorname, Anschrift Betreuer*in / Bevollmächtigte*r

Name und Adresse der Pflegeeinrichtung

Schweigepflichtentbindung und Datenverarbeitung

1. Auskunftserteilung und Datenverarbeitung

Soweit zur Prüfung des Anspruchs auf Sozialhilfe Auskünfte oder Unterlagen von Dritten erforderlich sind, entbinde ich die beteiligten Stellen (z. B. Behörden, Sozialleistungsträger, Rententräger, Kranken- und Pflegekasse, Versicherungen, Arbeitgeber, Pflegeeinrichtungen, Pflegedienste etc.) für die Dauer des Leistungsbezugs von ihrer Schweigepflicht. Ich stimme der Erteilung der erforderlichen Auskünfte sowie der Herausgabe notwendiger Unterlagen zu (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 SGB I, § 117 SGB XII).

Die zur Bearbeitung des Antrags und zur Leistungsgewährung erforderlichen personenbezogenen Daten werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verarbeitet. Nähere Informationen hierzu enthält das diesem Antrag beigelegte Informationsblatt zur Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO.

2. Empfangsbestätigung

Ich bestätige den Erhalt des diesem Antrag beigelegten Informationsblattes zur Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO.

3. Freiwilligkeit und Widerrufsrecht

Diese Einwilligung erfolgt absolut freiwillig. Mir ist bekannt, dass mir aus der Verweigerung der Einwilligung keine rechtlichen Nachteile bei der grundsätzlichen Prüfung meines Anspruchs auf Sozialhilfe und/oder Pflegewohngeld entstehen.

Allerdings kann eine Verweigerung dazu führen, dass die Bearbeitung verzögert wird und ich Nachweise manuell beim Sozialamt einreichen muss.

Ich kann diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem Sozialamt formlos widerrufen.

4. Geltungsdauer

Diese Einwilligung ist befristet für die Dauer meines Aufenthaltes in der oben genannten Pflegeeinrichtung bzw. für die Dauer des dortigen Leistungsbezugs über das Sozialamt.

Ort, Datum

Unterschrift erklärende Person

Anlage 1

**Informationen zur Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten nach
Art. 13, 14 DSGVO**

- **Verantwortlich für die Datenerhebung ist:**

Kreis Minden-Lübbecke – Der Landrat –, Portastraße 13, 32423 Minden

- **Zweck der Datenverarbeitung**

Gewährung von Leistungen nach dem 3. – 9. Kapitel Sozialgesetzbuch Teil XII

- **Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung**

Sozialgesetzbücher I bis XII,

insbesondere: §§ 60 – 65

SGB I

§§ 20 – 25 SGB X

§§ 67 – 96 SGB X

Art. 6 Abs.1 DSGVO

- **Kategorien der verarbeiteten Daten**

Es werden die zur Aufgabenerfüllung nach dem SGB XII notwendigen personenbezogenen Daten verarbeitet. Das sind beispielsweise Datenkategorien wie Stammdaten (Name, Adresse, etc.) und Daten über die finanzielle Situation (Wohnkosten, Einkünfte oder Vermögen).

- **Datenquelle**

Die Daten werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgabe erhoben ○

bei der betroffenen Person

- im Rahmen eines nach § 79 SGB X zulässigen autorisierten Abrufverfahrens bei der Deutschen Rentenversicherung als zentrale Stelle für die in § 35 des Ersten Sozialgesetzbuches (SGB I) genannten Stellen.
- bei den in den §§ 117 ff SGB XII genannten Stellen, insbesondere bei anderen Behörden und anderen Sozialleistungsträgern sowie bei Unterhaltspflichtigen

Hinweis:

Sofern die notwendigen Daten nicht vollumfänglich bereit gestellt werden, kann beispielsweise eine Leistungserbringung nach dem SGB XII abgelehnt, versagt oder entzogen werden.

- **Empfänger der Daten**

- Kreis Minden-Lübbecke als örtlicher Träger der Sozialhilfe
- vom Antragsteller / von der Antragstellerin bevollmächtigte Personen
- Sozialgerichte im sozialgerichtlichen Verfahren
- in § 35 SGB I genannte Stellen sowie gleichgestellte Stellen im Sinne des § 69 Abs. 2 SGB X
- sonstige Stellen und berechtigte Dritte, an die eine Übermittlung von Daten zulässig ist

- **Dauer der Datenspeicherung**

Für Sozialleistungsakten gilt i. d. R. eine 10jährige Aufbewahrungsfrist nach Beendigung des Leistungsfalls. Sofern Ansprüche auf Erstattungen aus der Leistungsgewährung geltend gemacht werden, kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten im Rahmen der gesetzlichen Verjährungsfristen bis zu 30 Jahren aufbewahrt werden müssen.

- **Ihre Rechte:**

- **Auskunft** über die erhobenen Daten
- **Berichtigung** unrichtiger oder unrichtig gewordener Daten
- Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so kann die **Löschung** oder **Einschränkung der Verarbeitung** verlangt werden sowie **Widerspruch gegen die Verarbeitung** eingelegt werden.
- Sofern die Datenverarbeitung auf Grundlage einer Einwilligung erfolgt, ist ein jederzeitiger **Widerruf der Einwilligung** mit Wirkung für die Zukunft möglich.
- **Beschwerdemöglichkeit** bei der Aufsichtsbehörde:
Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit (LDI NRW)
Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, Tel. 0211/38424-0, Fax: -10 E-
Mail: poststelle@ldi.nrw.de; Internet: www.ldi.nrw.de

- **Kontakt Daten behördlicher Datenschutzbeauftragter**

Kreis Minden-Lübbecke – Datenschutzbeauftragter –, Portastraße 13, 32423 Minden
E-Mail: datenschutz@minden-luebbecke.de; Tel.-Nr.: 0571/807-23040; Fax-Nr.: 0571/807-33040

Anlage 2

Anlage zum Antrag auf Hilfe zur häuslichen Pflege nach dem SGB XII

Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller, auf die nachstehend beschriebenen Leistungen haben Sie einen Rechtsanspruch, wenn die Voraussetzungen für deren Gewährung vorliegen. Damit Ihnen die beantragte(n) Leistung(en) gewährt werden kann/können, werden Sie gebeten, zu jedem Antragspunkt Ihre Angaben zu machen und Ihren Angaben unbedingt die entsprechenden Nachweise hinzuzufügen.

Hilfe bei Pflege

Grundsatz: Hilfe bei Pflege wird nur nachrangig gewährt. Auch die Gewährung dieser Leistung ist abhängig vom Einsatz des Einkommens und Vermögens sowie der Realisierung von vorrangigen Ansprüchen.

Das heißt, dass vor der Beantragung dieser Leistung **alle Möglichkeiten** auszuschöpfen sind, die helfen können, einen Sozialhilfebezug abzuwenden. Dazu gehört neben dem Einsatz **aller Einnahmen** und des **gesamten Vermögens**, soweit dieses den **Schonbetrag** von 10.000 € für Alleinstehende bzw. 20.000 € bei Ehepartnern übersteigt, auch die Inanspruchnahme aller **vorrangig Verpflichteten**. Das können sein, die Pflegeversicherung, vertraglich Verpflichtete, Dritte gegen die Ansprüche bestehen oder auch unterhaltspflichtige Angehörige. Ist **Haus- bzw. Wohneigentum** vorhanden, so ist dieses dann zu verwerten, wenn nicht der Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner im häuslichen Bereich verbleibt **und** das Haus- bzw. Wohneigentum im Sinne der sozialhilferechtlichen Vorschriften als **geschützt** anzusehen ist. **Vorrang hat also immer die Selbsthilfe!**

Sozialhilfe wird nur bei vorliegendem Bedarf gewährt.

Nur wenn weder Sie noch Dritte die Kosten decken können, kommen Leistungen aus der Sozialhilfe in Betracht.

Ein Sozialhilfeanspruch tritt ein, sobald die Voraussetzungen für eine Hilfegewährung vorliegen, frühestens jedoch ab dem Zeitpunkt, zu dem dem Sozialhilfeträger Ihre Hilfebedürftigkeit bekannt wird (§ 18 Abs. 1 SGB XII). Kosten, die bereits vor dem Bekanntgabzeitpunkt entstanden sind oder bezahlt wurden, werden aus Sozialhilfemitteln nicht erstattet. Sofern Sie ab sofort noch Kosten selbst bezahlen, deren Übernahme aus Sozialhilfemitteln Sie mit diesem Antrag begehren, besteht trotz Bekanntgabe Ihres Hilfebedarfs kein Anspruch auf Erstattung dieser Zahlungen aus Sozialhilfemitteln (Selbsthilfe, § 2 Abs. 1 SGB XII). Der Einsatz privater Mittel geht im Rahmen der Selbsthilfe der Sozialhilfe vor und wird vollumfänglich auf Ihren Hilfebedarf angerechnet. Das gilt auch für den Fall, dass Ihnen die zur Deckung Ihres Hilfebedarfs erforderlichen Mittel von dritten Personen zur Verfügung gestellt werden. Sie erhalten auch dann **keine Erstattung** aus Sozialhilfemitteln, wenn Sie (auch) das Ihnen zustehende Schonvermögen zur Begleichung der angefallenen Kosten verwendet haben.

Wichtige Hinweise

Sie und Ihr Ehegatte/Lebenspartner oder - wenn Sie minderjährig und unverheiratet sind - Ihre Eltern sind verpflichtet, das Einkommen und Vermögen ab Beginn Ihres Hilfebedarfs im zumutbaren Rahmen zur Deckung der anfallenden Kosten einzusetzen (§ 19 SGB XII).

Oberhalb der Vermögensfreigrenze (10.000 € bzw. 20.000 €) darf kein Einkommen und/oder Vermögen an andere Personen übertragen oder verschenkt werden.

Notwendigkeit der Unterbringung in einer Wohngemeinschaft

Bei einer auf Dauer angelegten Unterbringung in einer Wohngemeinschaft werden Sozialhilfeleistungen nur dann gewährt, wenn für Sie die Notwendigkeit der Pflege in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft besteht. **Klären Sie diese Frage unbedingt vor der Aufnahme in eine Wohngemeinschaft!** Das Vorliegen einer Notwendigkeit der Pflege in einer Wohngemeinschaft muss in Zweifelsfällen durch Vorlage des Gutachtens des Medizinischen Dienstes (MD) oder meiner Pflegefachkraft bestätigt bzw. festgestellt werden. Wird die Notwendigkeit nicht zuerkannt, so besteht kein Anspruch auf Sozialhilfemittel zur Deckung der Kosten.

Ich überlasse es Ihnen, bis zur Entscheidung über Ihren Antrag auf Sozialhilfe, zunächst nur die zu leistende Miete einzusetzen. Dieser Einkommenseinsatz wird im Regelfall auch im Fall einer Hilfgewährung von Ihnen verlangt.

Der Einzug in eine Wohngemeinschaft zum dauerhaften Aufenthalt ohne vorherige Feststellung der Notwendigkeit erfolgt auf Ihr Kostenrisiko!

Beachten Sie bitte diese Hinweise, denn sie sollen Ihnen helfen, einen finanziellen Schaden durch übereiltes Handeln zu vermeiden. Da in einem solchen Hinweisblatt nicht auf alle möglichen Notsituationen eingegangen werden kann, empfehle ich Ihnen, sich bei offenen Fragen mit der zuständigen Sachbearbeiterin bzw. dem zuständigen Sachbearbeiter in Verbindung zu setzen.

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Bevollmächtigung

Ich bevollmächtige hiermit

_____,
(Name und Adresse und Telefonnummer der bevollmächtigten Person)

für mich Sozialhilfe zu beantragen und mich während der Dauer des Bezugs von Sozialhilfeleistungen gegenüber dem zuständigen Sozialamt und - soweit es für die Sozialhilfeangelegenheit von Bedeutung ist - auch gegenüber anderen Einrichtungen zu vertreten sowie alle mit der Sozialhilfegewährung verbundenen Verpflichtungen wahrzunehmen und diesbezüglich erforderliche Erklärungen mit rechtsverbindlicher Wirkung in meinem Namen abzugeben. Diese Vollmacht schließt die Entgegennahme und das Öffnen von Briefen des Sozialamtes ausdrücklich ein.

Diese Vollmacht gilt bis zum Widerruf und ist ausdrücklich auf die im Zusammenhang mit der Sozialhilfeangelegenheit zu treffenden Veranlassungen beschränkt. Sie endet, sobald ein Sozialhilfebedarf nicht mehr besteht.

(Ort, Datum)

(eigenhändige Unterschrift des Vollmachtgebers)