

Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege) bei Kurzzeitpflege und stationärer Dauerpflege

mit Anmeldeformular und ärztlichem Zeugnis zur Anmeldung im Pflegeheim

07/2024 Ze

Falls für die Finanzierung des Pflegeheimplatzes oder einer ambulanten Pflege ergänzende Sozialhilfe notwendig ist, nimmt der

Sozialdienst Pflege

den Sozialhilfeantrag entgegen. Die Zuständigkeit richtet sich nach dem Wohnsitz in Freiburg.

| Mitarbeiter*in | Zuständig für Bewohner*innen der Stadtteile |
|--|---|
| N.N. , Tel. 201-3695 | Kappel, Littenweiler, Ebnet, Wiehre, Günterstal, Haslach, Weingarten |
| Herr Huber , Tel. 201-3696 | Oberau, Waldsee, Altstadt, Herdern, Neuburg, Stühlinger, Zähringen, Brühl |
| Frau Dichtel , Tel. 201-3697 Di-Fr vorm. | St. Georgen, Vauban, Landwasser, Mooswald, Lehen |
| Frau Waller , Tel. 201-3698 Mo-Do vorm. | Opfingen, St. Nikolaus, Waltershofen, Tiengen Munzingen, Hochdorf, Betzenhausen, Bischofslinde, Mundenhof, Rieselfeld |

Servicetelefon: 201-3652

Sprechzeiten: nach vorheriger Vereinbarung

Büroadresse: Amt für Soziales, Fehrenbachallee 12, 79106 Freiburg
(Flachdachgebäude gegenüber dem Rathaus im Stühlinger)

ÖPNV - Haltestelle: Rathaus im Stühlinger, Straßenbahn-Linien 1, 2, 3, 4

Bitte setzen Sie sich direkt mit dem oder der zuständigen Mitarbeitenden in Verbindung.

Herausgegeben von: Stadt Freiburg – Amt für Soziales – Sozialdienst Pflege -
Fehrenbachallee 12, 79106 Freiburg, Fax 0761/201-3595

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen eines Antrags auf Hilfe zur Pflege:

- Um eine zeitnahe Bearbeitung des Antrags zu gewährleisten, müssen **alle** für eine Bearbeitung benötigten Unterlagen vollständig eingereicht werden. Eine Übersicht über die benötigten Unterlagen finden Sie auf den nächsten Seiten.
- Der Antrag auf Hilfe zur Pflege muss **vollständig ausgefüllt** werden, **alle Fragen müssen angekreuzt werden**. Wenn eine Frage nicht beantwortet werden kann, schreiben Sie an dieser Stelle bitte „*Nicht bekannt*“ oder nehmen Sie mit dem *Sozialdienst Pflege* Kontakt auf, um die Frage zu klären. Werden Fragen unbeantwortet gelassen, führt das zu Nachfragen und dadurch zu Verzögerungen bei der Bearbeitung.

Wichtig sind insbesondere Angaben zu folgenden Fragen zum Vermögen der antragsstellenden Person:

- Sind in den letzten drei Jahren vor Antragstellung erhebliche Kontenbewegungen / Geldausgaben erfolgt?
→ Sie finden die Frage auf Seite 6 des Antragsformulars auf Sozialhilfe/ Hilfe zur Pflege
- Wurde Vermögen in Form von Haus- oder Grundvermögen oder Geldwerte oder Sachwerte in den letzten 10 Jahren vor diesem Antrag auf andere Personen übertragen (Verkauf, Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)?
→ Sie finden die Frage auf Seite 7 des Antragsformulars auf Sozialhilfe/ Hilfe zur Pflege

Platz für Ihre Notizen:

Unterlagenliste für einen Antrag auf Hilfe zur Pflege

Für die Bearbeitung des Antrags auf Sozialhilfe/ Hilfe zur Pflege werden folgende Unterlagen benötigt:

- Vollmacht / bei rechtlicher Betreuung: Betreuerausweis
- Adressen der Kinder
- Aktuelle Mietbescheinigung, aufgeschlüsselt nach Grundmiete und Nebenkosten
- Rechnung Energieversorger (z.B. badenova)
- Wohngeldbescheid / Vollmacht im Wohngeldverfahren
- Abfallgebührenbescheid
- Schwerbehindertenausweis
- Bescheid der Pflegekasse über die Pflegeeinstufung
- Atteste oder ärztliches Zeugnis, siehe Seite 9 und 10 dieser Liste
- Einverständniserklärung für den Medizinischen Dienst, siehe Seite 5 dieser Liste
- Kostenvoranschlag des Pflegedienstes, falls Einsätze geplant
- Versicherungsbeiträge: Haftpflicht-, Hausrat-, Glasbruch-, Krankenhaustagegeld-, Unfall-, Lebens-, Sterbegeld-, KfZ-Versicherung
- Rentenbescheid(e) oder Belege über sonstiges Einkommen
- Girokontoauszüge der letzten drei Monate
- Sparbücher
- Vermögensnachweise anderer Art: Wertpapiere, Sparverträge, Geschäftsanteile einer Baugenossenschaft, bei Haus- und Grundbesitz: Grundbucheintrag

Hinweis:

Wenn das eigene Einkommen und Vermögen zur Finanzierung der Heimkosten bei Einzug in ein Pflegeheim zunächst noch ausreicht, im Laufe der Zeit aber aufgebraucht ist, geben wir folgende Empfehlung:

Den Antrag auf Hilfe zur Pflege sollten Sie ca. 3 Monate vor Erreichen der Vermögensfreigrenze stellen. Die Vermögensfreigrenze liegt bei einer alleinstehenden Person bei 10.000 €, bei einem Ehepaar bei (zusammen) 20.000 €.

Zusätzlich werden bei einem Antrag auf Hilfe zur Pflege in einer Kurzzeitpflege bzw. Dauerpflege weitere Unterlagen benötigt:

Kurzzeitpflege:

- Bescheid der Pflegekasse über den Pflegegrad sowie das Gutachten des Medizinischen Dienstes
 - Einzugsmitteilung des Pflegeheimes
 - Zeitraum: Beginn und Ende der Kurzzeitpflege
 - Kostenzusage der Pflegekasse für die Kurzzeitpflege
 - Bitte teilen Sie uns mit, ob nach der Kurzzeitpflege eine häusliche Versorgung oder eine Dauerpflege geplant ist.
- Bitte beachten Sie, dass bei der Kurzzeitpflege vorrangig der Entlastungsbetrag der Pflegekasse einzusetzen ist.
- Falls kein Pflegegrad 2 vorliegt, beantragen Sie bitte bei Ihrer Krankenkasse eine Kurzzeitpflege nach § 39c Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V).

Dauerpflege:

- Bescheid der Pflegekasse über den Pflegegrad sowie das Gutachten des Medizinischen Dienstes
- Einzugsmitteilung des Pflegeheimes
- Kostenzusage der Pflegekasse über die Dauerpflege
- Ggf. Vergütungsvereinbarung des Pflegeheimes mit dem örtlichen Sozialamt. Bei einem Einzug in ein Freiburger Pflegeheim ist dies nicht notwendig.
- Bitte teilen Sie uns mit, ob die Wohnung gekündigt wurde.
Falls ja: Bitte Nachweis über die Wohnungskündigung, ggf. Kündigungsbestätigung des Vermieters

Name, Vorname _____

geb. am _____

wohnhaft _____

Einverständniserklärung

1.

Ich bin damit einverstanden, dass der **Medizinische Dienst Baden-Württemberg** wegen meines Leistungsantrags prüft, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und, dass das medizinische Gutachten dem/der für die Hilfestellung zuständigen Sachbearbeiter*in zur Verfügung gestellt wird.

2.

Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie die betreuenden Pflegepersonen und Pflegeeinrichtungen dem Medizinischen Dienst Baden-Württemberg bereits vorhandene Arztberichte, Gutachten und Pflegedokumentationen zur Verfügung stellen, soweit dies zur Begutachtung erforderlich ist.

Falls Sie mit Abschnitt 2 nicht einverstanden sind, streichen Sie ihn bitte durch (beachten Sie dazu aber bitte den letzten Absatz).

Der Name meiner Hausärztin/meines Hausarztes lautet:

Frau/Herr Dr.: _____

Anschrift: _____

Ich werde gepflegt von:

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Ort, Datum_____
Unterschrift

Zu unserer gesetzlichen Aufgabenerfüllung ist Ihr Mitwirken unerlässlich. Ihre dazu erforderlichen Daten erheben wir aufgrund des sechsten und siebten Kapitels Sozialgesetzbuch XII in Verbindung mit § 60 Sozialgesetzbuch I.

Fehlt Ihre Mitwirkung, so kann dies zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen.

Anmeldung für einen stationären Dauerpflegeplatz

Kurzzeitpflegeplatz

SGB V (Krankenvers.) SGB XI (Pflegevers.)

(wenn möglich zusammen mit dem vom Arzt_in ausgefüllten ärztlichen Fragebogen einreichen)

Abgabe erfolgt selbständig bei der Pflegeeinrichtung:

Unterstützung/Übermittlung durch

bei der Suche aus der Häuslichkeit: Seniorenbüro mit Pflegestützpunkt

Fehrenbachallee 12, 79106 Freiburg - Tel. 0761/201-3032

Fax 0761/201-3039 E-Mail: seniorenbuero@stadt.freiburg.de

bei Klinikaufenthalt (Name der Klinik):

(Name, Telefon, Fax des Sozialdienstes):

Name..... Vorname..... Geburtsdatum.....

Straße, PLZ, Ort

Telefon..... Familienstand.....

Geburtsort..... Geburtsname.....

Nationalität..... Muttersprache..... Konfession.....

Hausarzt / Fachärztliche Betreuung (Name, Telefon)

Krankenkasse / Beihilfestelle..... Versicherten- Nr.

Vollmacht vorhanden **Patientenverfügung** vorhanden

Rechtliche Betreuung beantragt bestellt

Angehörige / Bevollmächtigte Person / Rechtlicher Betreuer_in

1. Vor- und Zuname..... Telefon

(familiärer) Bezug..... Handy.....

Straße, PLZ, Ort.....

E-Mail.....

2. Vor- und Zuname..... Telefon

(familiärer) Bezug..... Handy.....

Straße, PLZ, Ort.....

E-Mail.....

Zimmerwunsch EZ DZ

Finanzierung eigenes Einkommen/Vermögen

Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege) **bei Sozialhilfe:** mit der Weiterleitung dieser Anmeldeunterlagen an den Sozialdienst Pflege bin ich einverstanden

Pflegegrad 1 2 3 4 5 Einstufung beantragt am

Höherstufung beantragt am

Angestrebtes Aufnahmedatum:

Datenschutz- und Einwilligungserklärung

Die Anmeldung mit o.g. Angaben sowie das ärztliche Zeugnis werden vom Seniorenbüro mit Pflegestützpunkt für die sachgerechte Suche und Vermittlung eines (Kurzzeit-)Pflegeplatzes erhoben und an die von mir gewünschte Pflegeeinrichtung weitergegeben. Des Weiteren werden die Daten vom Seniorenbüro mit Pflegestützpunkt für statistische Zwecke anonymisiert genutzt. Die Daten werden ansonsten für keine anderen Zwecke verwendet. Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten zu den genannten Zwecken einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Die Informationen zur Datenerhebung und -verarbeitung habe ich erhalten (siehe Rückseite). Ich bestätige im Übrigen die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Die Anmeldung erfolgte durch eigene Person bevollmächtigte/rechtliche Vertretung

Ort, Datum..... Unterschrift

Information zur Datenerhebung und -verarbeitung

| | |
|---|--|
| <p>Behörde Verantwortlicher nach Art. 4 Nr. 7 DSGVO</p> | <p>Stadt Freiburg i.Br. Amt für Soziales Fehrenbachallee 12 79106 Freiburg Vertreten durch den Oberbürgermeister Martin Horn E-Mail: AfS@stadt.freiburg.de</p> |
| <p>Kontakt Behördliche/r Datenschutzbeauftragte_r</p> | <p>Stadt Freiburg i.Br. Behördliche/r Datenschutzbeauftragte/r Rathausplatz 2-4 79098 Freiburg i.Br. E-Mail: datenschutz@stadt.freiburg.de</p> |
| <p>Zweck(e) der Datenverarbeitung, Rechtsgrundlage</p> | <p>Die personenbezogenen Daten werden aufgrund von Art. 6 Abs. 1 e) i.V. m. Abs. 3 DS-GVO i. V. m. § 7c Abs. 5 SGB XI erhoben und verarbeitet.</p> |
| <p>geplante Speicherdauer</p> | <p>Die Daten werden mit einer Speicherdauer von 3 Jahren (Stichtagbezogen) aufbewahrt.</p> |
| <p>Betroffenenrechte</p> | <p>Sie haben als betroffene Person das Recht von der Stadt Freiburg i.Br. Auskunft über die Verarbeitung personenbezogener Daten (Art. 15 DSGVO), die Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO), die Löschung der Daten (Art. 17 DSGVO) und die Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) zu verlangen, sofern die rechtlichen Voraussetzungen dafür vorliegen. Sie können nach Art. 21 DSGVO Widerspruch einlegen. Die Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Unbeschadet anderer Rechtsbehelfe können Sie sich bei einer Aufsichtsbehörde beschweren. Zuständige Aufsichtsbehörde für die Stadt Freiburg i.Br.: Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart, post-stelle@fdi.bwl.de</p> |
| <p>Verpflichtung, Daten bereitzustellen</p> | <p>Sie sind nicht verpflichtet, die aufgeführten Daten zur Verfügung zu stellen. Ohne die Bereitstellung der Daten ist jedoch keine Vermittlung eines Pflegeplatzes möglich.</p> |

Stand 03/2022

Ärztliches Zeugnis für die Anmeldung zur

stationären Dauerpflege

Teil 1 (mit Teil 2 einzureichen)

Kurzzeitpflege

nach SGB V

nach SGB XI

RÜCKGABE an: Patient_in/Angehörige

Seniorenbüro mit Pflegestützpunkt

Kliniksozialdienst

Tel. 0761/201-3032 | Fax -3039, seniorenbuero@stadt.freiburg.de

Name Vorname Geb.-Datum.....

Anschrift

pflegebegründende Diagnosen (leserlich /keine Abkürzungen)

.....

.....

Weitere Diagnosen/ Symptome:

Psychische Erkrankung? nein ja, welche?

Suchtkrankheit? nein ja, welche?

Ansteckende Krankheit? nein ja, welche?

Tuberkulose? nein ja

Multiresistenter Keim? nein ja, welcher?.....wo?

Allergie? nein ja, welche?

Hörbehinderung? nein leichte schwere **Sehbehinderung?** nein leichte schwere

Sprachstörung? nein leichte schwere **Schluckstörung?** nein leichte schwere

Dekubitus? nein ja, wo?

Kontrakturen? nein ja, wo?

Gewicht: kg **Größe:** m **Covid-19-Impfung, Stand:**.....

Behandlungspflege (z.B. bei Medikation, Injektion, Verbandwechsel)

pers. Hilfe erforderlich? ja, bei wie oft?

Prognose Pflegeaufwand? abnehmend gleichbleibend zunehmend

Besteht der Pflegebedarf voraussichtlich mind. 6 Monate? nein ja

Liegt eine Palliativsituation vor? nein ja noch unklar

Kognitive/ kommunikative Fähigkeiten

| | unbeeinträchtigt | größtenteils vorhanden | in geringem Maße vorh. | nicht vorhanden |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Zeitliche Orientierung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Örtliche Orientierung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orientierung in der Person | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verstehen von Sachverhalten/ Informationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mitteilen von Schmerz/Durst/Hunger/Kälteempfinden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verstehen von Aufforderungen (Hören / kognitiv) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Besondere Verhaltensauffälligkeiten?

| | nein | selten | gelegentlich | täglich |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Unruhe-/ Angstzustände | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| depressive Zustände | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| abwehrendes Verhalten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hin-/Weglauff Tendenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Besonderheiten:

Der/die Patient_in ist mit einer Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung
 einverstanden nicht einverstanden Verständigung nicht möglich.
 Die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung ist aus ärztlicher Sicht notwendig nein ja
 Datum, ärztliche Unterschrift u. Praxisstempel (Anschrift/Telefon):.....

Ärztliches Zeugnis für die Anmeldung zur stationärem Dauerpflege oder Kurzzeitpflege
Teil 2 (Pflegebericht / Pflegeüberleitungsbogen – mit Teil 1 einzureichen)

Name Vorname Geb.-Datum

| Aktivität | selbständig ggf. mit Hilfs- mitteln möglich | mit geringer punktuel- ler Hilfe möglich | nur mit über- wiegend per- soneller Hilfe | unselbst- ständig/ wird fremd- übernom- men |
|-----------|--|--|---|---|
|-----------|--|--|---|---|

| Mobilität | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Positionswechsel im Bett (Drehen, Aufrichten) | | | | |
| Halten einer stabilen Sitzposition (Sessel) | | | | |
| Umsetzen (Transfers) | | | | |
| Fortbewegen im Wohnbereich (auf einer Ebene) | | | | |
| Treppensteigen | | | | |

Liegt Bettlägerigkeit vor? nein ja

| Körperbezogene Pflegemaßnahmen | | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|--|
| Waschen d. vorderen Oberkörpers | | | | |
| Intimhygiene | | | | |
| Duschen und Baden (Körper, Haare) | | | | |
| An-/ Auskleiden des Oberkörpers | | | | |
| An-/ Auskleiden des Unterkörpers | | | | |
| Benutzen einer Toilette | | | | |

| | Nein | Ja | | | | |
|------------------|------|-------------|-------------|--------------------------------|------------------------------------|----------------------|
| | | | selbständig | geringe punktuelle Hilfe | überwiegend personelle Hilfe | unselbst- ständig |
| Harninkontinenz | | Bewältigung | | | | |
| Stuhlinkontinenz | | Bewältigung | | | | |
| Urostoma | | Umgang | | | | |
| Stoma | | Umgang | | | | |

| Essen | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Aufnahme der Nahrung | | | | |
| Mundgerechte Zubereitung | | | | |
| Trinken | | | | |
| Ernährung parental (PEG/ PEJ) Art der Sonde..... | | | | |

Nahrungsmittelunverträglichkeiten / besondere Ernährungsform (z.B. Glutenfrei, Lactose- / Fructoseintoleranz, vegetarische / vegane Kost, etc.)

Werden Pflegehilfsmittel benötigt? nein ja, welche?.....
bereits verordnet? nein ja bereits vorhanden? nein ja

Besonderheiten:

| |
|--|
| Ausgefüllt von (Arzt/Ärztin/ Pflegekraft) Datum, Unterschrift u. Praxisstempel (Anschrift/Telefon):..... |
|--|