

Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege) bei Kurzzeitpflege und stationärer Dauerpflege

mit Anmeldeformular und ärztlichem Zeugnis zur Anmeldung im Pflegeheim

01/2024 La

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
Frau Schmitt , 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	St. Georgen, Vauban, Landwasser, Mooswald, Lehen
Frau Waller , Tel. 201-3698	Opfingen, St. Nikolaus, Waltershofen, Tiengen Munzingen, Hochdorf, Betzenhausen, Bischofslinde, Mundenhof, Rieselfeld

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

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

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?
- 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?)

Platz für Ihre Notizen:

Unterlagenliste für einen Antrag auf Hilfe zur Pflege

- 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 Anlage
- Einverständniserklärung für den Medizinischen Dienst, siehe Anlage
- Kostenvoranschlag des Pflegedienstes, falls Einsätze geplant
- Versicherungsbeiträge: Haftpflicht-, Hausrat-, Glasbruch-, Krankenhaus-tagegeld-, 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 (alleinstehende Personen: 10.000 € / Eheleute: 20.000 €) stellen.

Zusätzlich werden bei einem Antrag auf Hilfe zur Pflege in einer Kurzzeitpflege bzw. Dauerpflege folgende 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 (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 Entlassungsbetrag der Pflegekasse in Höhe von 125 EUR monatlich einzusetzen ist.
- Falls kein Pflegegrad 2 vorliegt, beantragen Sie bitte bei Ihrer Krankenkasse eine Kurzzeitpflege nach § 39c Sozialgesetzbuch Fünften Buch (SGB V).

Dauerpflege:

- Bescheid der Pflegekasse über den Pflegegrad sowie das Gutachten des Medizinischen Dienstes
- Einzugsmitteilung des Pflegeheimes
- Kostenzusage der Pflegekasse (Dauerpflege)
- Ggf. Vergütungsvereinbarung des Pflegeheimes mit dem örtlichen Sozialamt (bei einem Einzug in ein Freiburger Pflegeheim 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@lfdi.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):.....
