

Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege) bei ambulanter Pflege

mit Stammdatenblatt und ärztlichem Zeugnis zur Bedarfseinschätzung

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

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.

Platz für Ihre Notizen:

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.

Stammdatenblatt zur Bedarfseinschätzung Hilfe zur Pflege, als Anlage zum Antrag auf Hilfe zur Pflege vom

Antragsstellende Person

Name..... Vorname..... Geburtsdatum.....
Straße.....
PLZ, Ort.....
Telefon..... Familienstand.....
Geburtsort..... Geburtsname.....
Nationalität.....

Hausarzt / Fachärztliche Betreuung (Name, Telefon).....
.....

Pflegekasse Versicherten- Nr.:

Beihilfeberechtigt nein ja, bei Beihilfestelle:.....

Pflegegrad 1 2 3 4 5
 Einstufung beantragt am Höherstufung beantragt am
 Widerspruch gestellt am

Vollmacht vorhanden **Rechtliche Betreuung** beantragt bestellt

Angehörige / Bevollmächtigte Person / Rechtlicher Betreuer_in

1. Vor- und Zuname.....
(familiärer) Bezug.....
Straße, PLZ, Ort.....
Telefon, Festnetz..... Mobil.....
E-Mail

2. Vor- und Zuname.....
(familiärer) Bezug.....
Straße, PLZ, Ort.....
Telefon, Festnetz..... Mobil.....
E-Mail

Ort, Datum.....	Unterschrift
	<input type="checkbox"/> eigene Person <input type="checkbox"/> bevollmächtigte/rechtliche Vertretung

Ärztliches Zeugnis zur Bedarfseinschätzung Hilfe zur Pflege (SGB XII)

Geplante Pflege:

- Häusliche Pflege:* Bezug von Pflegegeld Pflegesachleistungen Kombinationsleistungen
 Kurzzeitpflege *Dauerpflege*

RÜCKGABE an: Patient_in/ Angehörige
 Amt für Soziales, Sozialdienst Pflege, Tel. 201- 3652, Fax -3595, E-Mail: AfS@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

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

<u>Fähigkeiten</u>	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-/ Angzustände	<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:

Ausgefüllt von (Arzt/Ärztin)

Datum, ärztliche Unterschrift u. Praxisstempel (Anschrift/Telefon):

.....

Ärztliches Zeugnis zur Bedarfseinschätzung Hilfe zur Pflege (SGB XII)

Name Vorname Geb.-Datum.....

Aktivität	Selbständig, ggf. mit Hilfsmitteln möglich	mit geringer punktuel- ler Hilfe möglich	nur mit überwiegend personeller Hilfe möglich	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? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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):.....

.....