|  |  |
| --- | --- |
| *Stempel des Krankenhauses* | Ort, Datum |
|  | Aufnahmenummer |
|  |  |
| Bezirk Unterfranken  - Sozialverwaltung -  Postfach 51 20  91001 Würzburg | ANTRAG AUF KOSTENERSTATTUNG  gemäß § 25 SGB XII für |

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname | geb. am |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Der (Die) Vorgenannte | befindet sich seit | |  | | | | | | | |
|  | befand sich in der Zeit vom | | |  | *bis* | |  | |  | |
| in stationärer Behandlung und | wurde nach |  | | | | | | | | entlassen |
|  | ist am |  | | | | verstorben. | | | | |
| Die Aufnahme erfolgte auf | Einweisung  Veranlassung von (Name, Anschrift d. einweisenden Arztes oder Stelle) | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Die Aufnahme erfolgte in Pflegeklasse |  | | | | |  | | | | |
| Vorschuss wurde nicht entrichtet | Vorschuss wurde in Höhe von | | |  | | | | EUR entrichtet. | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wegen der Übernahme der Kosten wurden bisher folgende Verhandlungen geführt: | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Die Aufnahme wurde am |  | , | um |  | Uhr, Herrn/Frau |  | tel. gemeldet. |
| Da die Kosten nach Angabe weder *vom* Patienten noch von unterhaltspflichtigen Angehörigen getragen werden können, wird Kostenerstattung gemäß § 25 SGB XII beantragt. | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| *Unterschrift* | |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ANGABEN ZUM ANTRAG NACH § 25 SGB XII / ANTRAG AUF GEWÄHRUNG VON SOZIALHILFE** | | | | |
|  |  | | | | |
| **I.** | **Persönliche Verhältnisse** | des Hilfesuchenden | d. letzten Ehegatten | des Vaters | der Mutter |
|  | Name |  |  |  |  |
|  | (auch Geburtsname und frühere Namen) |  |  |  |  |
|  | Vornamen |  |  |  |  |
|  | Geburtsdatum |  |  |  |  |
|  | Anschrift (Straße. Haus-Nr.) |  |  |  |  |
|  | Postleitzahl, Ort |  |  |  |  |
|  | Familienstand (ledig/verh./gesch./getr.leb./verw. seit) |  |  |  |  |
|  | Staatsangehörigkeit |  |  |  |  |
|  | ausgewiesen durch |  |  |  |  |
|  | Beruf |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Weitere unterhaltspflichtige Angehörige des Hilfesuchenden | | |
| Name | Vorname | Anschrift |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Aufenthaltsverhältnisse des Hilfesuchenden in den letzten 2 Monaten vor Aufnahme | | |
| von | bis | Anschrift |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pfleger/Vormund | nein  ja durch Amtsgericht in | | | |  | | |
| Az: |  | | | | | | |
| Name, Vorname, Straße, PLZ, Wohnort des Pflegers |  | | | | | | |
| Wirkungskreis d. Pflegschaft: |  | | | | | | |
| Wird jetzt oder wurde bereits früher Sozialhilfe bezogen? | | | | | | | |
| nein  ja | von |  | bis |  | |  | |
| Anschrift der Behörde: |  | | | | | Hilfeart: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II.** | **Wirtschaftliche Verhältnisse** | | | |  | |
|  | Einkommen des Hilfesuchenden und/bzw. Ehegatten (Art, Höhe) | | | |  | |
|  |  | | | | | |
|  | Angaben über Vermögen des Hilfesuchenden *und/bzw.* Ehegatten (Haus- oder Grundbesitz., Sparguthaben. Bargeld usw.) | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  | Wurde Vermögen abgegeben? | nein  ja ,an | |  | | |
|  | Bei Mietwohnung - Höhe der zu zahlenden Miete: | |  | | | EUR |
|  | Von welchen Mitteln hat der Hilfesuchende vor Aufnahme in das Krankenhaus seinen Lebensunterhalt bestritten? | | | | | |
|  |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III.** | **Arbeits- und Versicherungsverhältnisse** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | War der Hilfesuchende berufstätig? | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | nein  ja | | | Name und Anschrift das letzten Arbeitgebers | | | | | | | |  | | | | | |
|  |  | | | bis zu welchem Zeitpunkt? | | | | | | | |  | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
|  | War der Hilfesuchende arbeitslos? | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | nein  ja | | | Zeitraum von | | |  | | bis |  | | | |  | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | |
|  | Arbeitslos gemeldet? | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | |
|  | nein  ja | | | beim Arbeitsamt in | | | |  | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | | | | | | | |
|  | Leistungen beantragt? | | | Falls ja: Berufsklasse: | | | |  | | | | | | | Stamm-Nr.: | |  |
|  | nein  ja | | | Leistungen bewilligt ab | | | |  | | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | Bei Auflösung des Arbeitsverhältnisses in den letzten 12 Monaten: | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Wann und von wem wurde das Arbeitsverhältnis gekündigt? | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Am |  | | von |  | | | | zum | |  | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Wurde gegen die Kündigung des Arbeitgebers Klage erhoben? | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | nein  ja, beim Arbeitsgericht | | | | |  | | | , Ausgang des Verfahrens: | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Waren Sie in den letzten 6 Monaten behandlungsbedürftig erkrankt? | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | nein  ja | | Zeitraum: | | | | |  | | | | |  | | | | |
|  |  | | Folgende Leiden: | | | | |  | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | Waren Sie wegen dieser Krankheit arbeitsunfähig? | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | nein  ja | | Zeitraum: | | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | In Behandlung bei folgendem Arzt: | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Wurden Sie in den letzten 6 Monaten stationär behandelt? | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | nein  ja | | im Krankenhaus | | | | |  | | | | | | | | | |
|  |  | | Zeitraum: | | | | |  | | | | |  | | | | |
|  |  | | Kostenträger: | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | Hausarzt: | |  | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Letzte Mitgliedschaft in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung | des Hilfesuchenden | d. letzten Ehegatten | des Vaters | der Mutter |
| Name der Krankenkasse/Vers. |  |  |  |  |
| Anschrift der Krankenkasse/Vers. |  |  |  |  |
| Zeitraum der Mitgliedschaft |  |  |  |  |
| sonstige Ansprüche gegen  Unfallversicherung |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wurden für den Hilfesuchenden bereits Anträge gestellt auf:** | | | | | | |
| Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft? | | | | | | |
| nein  ja, am |  | | |  | | |
| beim Versorgungsamt |  | | | | |  |
| Freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung? | | | | | | |
| nein  ja, am |  | | |  | | |
| ggf. Anschrift der Krankenkasse: | |  | | | | |
| Gewährung von Leistungen aus der Rentenversicherung? | | | | |  | |
| nein  ja, am |  | | |  | | |
| ggf. Anschrift des Rentenversicherungsträgers: | | |  | | | |
|  | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Falls der Krankenhausaufenthalt wegen eines Unfalles erforderlich ist/war, bitte angeben: | |
|  | |
| 1. | Wo, wie und um welche Uhrzeit hat sich der Unfall ereignet?  (Bitte genaue und ausführliche Unfallschilderung). |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 2. | Wurden bei dem Unfall noch andere Personen verletzt?  Wenn ja, wie lauten deren vollständige Anschriften? |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 3. | Erfolgte der Unfall durch Fremdeinwirkung?  Wenn ja, wie lautet die vollständige Anschrift des Unfallschädigers? |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 4. | Hat eine Polizeidienststelle den Unfall aufgenommen?  Wenn ja, wie lautet deren vollständige Anschrift? |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 5. | Wurde gegen den Unfallschädiger Strafanzeige gestellt?  Wenn ja, bei welcher Polizeidienststelle? |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 6. | Wurden zwischenzeitlich bereits Ansprüche gegenüber Dritten geltend gemacht (z. B. Schädiger oder gegnerische Haftpflichtversicherung?  Wenn ja,  a) wie lautet die vollständige Anschrift  b) falls bekannt, bitte die Versicherungs-Nr. angeben. |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 7. | Wurde der Hilfesuchende in der Unfallsache anwaltschaftlich vertreten?  Wenn ja, bitte Namen und Anschrift des Rechtsanwaltes angeben. |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Erklärung des Hilfesuchenden:**  Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe. Mir ist bekannt, dass ich wegen wissentlich falscher oder unvollständiger Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann. Da ich nicht in der Lage bin, die entstehenden Kosten selbst zu tragen, beantrage ich hiermit die Übernahme durch die Sozialhilfe.  Gleichzeitig willige ich ein, dass gemäß §§ 67 ff. SGB X personenbezogene Daten von Behörden und anderen Stellen offenbart werden. Gleichzeitig willige ich ein, dass zur Klärung etwaiger Ansprüche gegen Dritte die erforderlichen Angaben von polizeilichen Dienststellen, Staatsanwaltschaften und Gerichten sowie privaten Versicherungsgesellschaften offenbart werden.  Die behandelnden Ärzte, Kliniken und ärztliche Gutachter entbinde ich hiermit gegenüber dem Sozialhilfeträger und im sozialgerichtlichen Verfahren gegenüber dem Sozialgericht von der ärztlichen Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass Angaben über die Art und die Erscheinungsformen meiner Krankheit an den zuständigen Sozialhilfeträger weitergegeben werden, soweit diese Angaben für die Übernahme der Behandlungskosten durch den Sozialhilfeträger erforderlich sind. Ich bin damit einverstanden, dass die ärztlichen Entlassungsberichte auf Anforderung des zuständigen Sozialhilfeträgers an diesen unmittelbar übersandt werden. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum | | Unterschrift des Hilfesuchenden bzw. des gesetzlichen Vertreters |

**Erklärung der Krankenhausverwaltung**

Die vorstehenden Angaben wurden erstellt auf Grund/anhand von:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Datum |  | Unterschrift |

**Hinweise:**

Hilfe bei Krankheit wird gemäß § 48 SGB XII gewährt, wenn

a) dem Leistungsberechtigten

b) dem Leistungsberechtigten und seinem nicht getrennt lebenden Ehegatten und

c) der Leistungsberechtigte minderjährig und unverheiratet ist, auch seinen Eltern

die Aufbringung der Mittel aus dem Einkommen und Vermögen nach den Bestimmungen des SGB XII nicht zuzumuten ist.

Bitte immer nach Einkommen und Vermögen fragen.