

Zusatzfragebogen für Heimbewohner

bei Beantragung oder Gewährung von Blindengeld nach dem Gesetz über die Hilfe für Blinde und Gehörlose (GHBG)

für die Berechtigte/den Berechtigten

Name, Vorname, ggf. Aktenzeichen des LVR

1. Selbstzahler
Die Aufenthaltskosten werden in voller Höhe von dem/der Berechtigten getragen. Mittel eines öffentlich-rechtlichen Leistungsträgers werden nicht, auch nicht teilweise, in Anspruch genommen.

2. Die Aufenthaltskosten werden ganz oder teilweise aus Mitteln öffentlich-rechtlicher Leistungsträger getragen.
Es handelt sich um:

2.1	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe	EUR monatlich
2.2	<input type="checkbox"/> Leistungen der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung	EUR monatlich
2.3	<input type="checkbox"/> Kriegsoferfürsorge	EUR monatlich
2.4	<input type="checkbox"/> Pflegewohngeld nach dem Landespflegegesetz	EUR monatlich
2.5	<input type="checkbox"/> Wohngeld	EUR monatlich
2.6	<input type="checkbox"/> Leistungen nach beamtenrechtlichen Vorschriften (Beihilfen)	EUR monatlich
2.7	<input type="checkbox"/> sonstige Mittel	EUR monatlich

Tag der Heimaufnahme: _____

Eine Leistung nach Nrn. 2.1 - 2.7 wurde beantragt: ja nein

3. Die vorstehenden Angaben wurden geprüft und sind richtig.
(Entfällt bei Vorlage der entsprechenden Bescheide oder Mitteilungen.)

Bestätigende Dienststelle (oder Heimverwaltung)	Name der Sachbearbeiterin/des Sachbearbeiters, Aktenzeichen	Unterschrift der Sachbearbeiterin/des Sachbearbeiters
		Datum