

Hilfesuchender: Name, Adresse _____

Sozialhilfe-/Grundsicherungsleistungen werden gewährt nein ja durch _____

**Hochsauerlandkreis
FD 43 –Sozialamt-**

59870 Meschede

Antrag auf komplementäre ambulante Leistungen durch den Pflegedienst _____

für das ____ Quartal 200__ Ansprechpartner _____ Tel. _____ Fax _____

Pflegestufe _____

Sind die Sachleistungen der Pflegekassenleistung voll ausgeschöpft?

ja nein (wie wird das anteilige Pflegegeld verwendet?)

Wohnform:

mit Partner mit sonstigen Personen allein

Es werden folgende Leistungen benötigt:

1. Leistung Nr. _____ Umfang pro Quartal in Stunden _____
2. Leistung Nr. _____ Umfang pro Quartal in Stunden _____
3. Leistung Nr. _____ Umfang pro Quartal in Stunden _____
4. Leistung Nr. _____ Umfang pro Quartal in Stunden _____

Falls der Umfang der benötigten Leistungen/Quartal von der Regelbetreuung abweicht (1 Stunde pro Quartal)

Begründung:

Warum sind die beantragten Leistungen notwendig?

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Ich versichere, dass weder Angehörige noch andere Verwandte oder Bekannte bzw. Nachbarn oder ehrenamtlich tätige Personen diese Leistungen erbringen können.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Unterschrift Pflegedienst _____