

**Zurück an:**

**Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
LWL-Behindertenhilfe Westfalen/ Gruppe 260**

**48133 Münster**

**Aktenzeichen:**

**60-**

**„Heimkosten“**

**Name:**

**, geb. am**

**1. Es wurden bereits Leistungen der gesetzlichen/privaten Pflegeversicherung bzw. nach beamtenrechtlichen Vorschriften vor Aufnahme in die Einrichtung gezahlt.**

**nein**  
 **ja ab \_\_\_\_\_ Euro monatlich**

**2. Anlässlich des Aufenthaltes/der Betreuung in der Einrichtung werden folgende Leistungen gewährt bzw. wurden beantragt:**

nein  ja Sozialhilfe \_\_\_\_\_ Euro monatlich

nein  ja Kriegsofopferfürsorge \_\_\_\_\_ Euro monatlich

nein  ja Wohngeld bzw. Pflege Wohngeld \_\_\_\_\_ Euro monatlich

nein  ja Barbetrag (Taschengeld) \_\_\_\_\_ Euro monatlich

nein  ja sonstige Mittel öffentlich-rechtlicher Leistungsträger (z. B. Arbeitsamt, Jugendamt) \_\_\_\_\_ Euro monatlich

nein  ja gesetzliche Pflegeversicherung \_\_\_\_\_ Euro monatlich

nein  ja private Pflegeversicherung \_\_\_\_\_ Euro monatlich

nein  ja Beihilfe \_\_\_\_\_ Euro monatlich

**Betreuungs-/Pflegekosten werden ausschließlich aus eigenem Einkommen und Vermögen bzw. durch Zahlungen anderer Privatpersonen getragen.**

**3. Aufnahmetag: \_\_\_\_\_**

**4. Die Höhe des Pflegesatzes der Einrichtung bzw. der Grund-/Maßnahmenpauschale einschließlich des Investitionsbetrages beträgt:**

ab \_\_\_\_\_ Euro täglich

ab \_\_\_\_\_ Euro täglich

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der Heimleitung)

\_\_\_\_\_  
(Telefon: Vorwahl/Durchwahl)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der/des Blindengeldberechtigten bzw. des gesetzlichen Vertreters)