

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

60 \_\_\_\_\_  
Aktenzeichen beim LWL

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

An den  
Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
LWL-Behindertenhilfe Westfalen

48133 Münster

**Darlehensantrag nach § 37 Abs. 2 SGB XII  
für Zuzahlungen nach dem SGB V bis zur Belastungsgrenze (§ 62 SGB V)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich beantrage beim LWL für das Kalenderjahr \_\_\_\_\_ die Gewährung eines sozialhilferechtlichen Darlehens für Zuzahlungen nach dem SGB V bis zu meiner persönlichen Belastungsgrenze (§ 62 SGB V). Dieser Antrag gilt, solange ich nicht widerspreche, auch für die nachfolgenden Kalenderjahre.

Ich wurde von meiner Krankenkasse

- \* als "schwerwiegend chronisch krank" anerkannt  
(Belastungsgrenze 1% des 12-fachen Regelsatzes der Regelbedarfsstufe 1)
- \* (noch) **nicht** als "schwerwiegend chronisch krank" anerkannt  
(Belastungsgrenze 2% des 12-fachen Regelsatzes der Regelbedarfsstufe 1)

Mir ist bekannt, dass das Darlehen in Höhe meiner Belastungsgrenze vom LWL unmittelbar an meine Krankenkasse ausgezahlt wird. Die Krankenkasse erstellt und übersendet mir den Befreiungsausweis. Mir ist auch bekannt, dass das Darlehen durch Kürzung meines Barbetrages (Taschengeldes) bis zum Ende des Kalenderjahres, für das es gewährt wird, getilgt wird (§ 37 Abs. 4 SGB XII).

Der Barbetrag (das Taschengeld) wird an mich

- \* durch die Einrichtung, in der ich betreut werde, ausgezahlt.  
**Die Einrichtung kürzt daher meinen Barbetrag**
  - \* (bei Antragstellung vor Beginn des Kalenderjahres, für das das Darlehen beantragt wird) **ab 01. Januar** \_\_\_\_\_ (Jahr) **monatlich um jeweils 1/12 der zutreffenden Belastungsgrenze.**
  - \* (bei späterer Antragstellung als dem 1. Januar des betreffenden Kalenderjahres) **im Monat** \_\_\_\_\_ (Monat und Jahr) **einmalig um** \_\_\_\_\_ € (Summe der vom 01. Januar bis einschließlich des Monats der Antragstellung aufgelaufenen monatlichen Tilgungsbeträge) **und in den Folgemonaten monatlich um jeweils 1/12 der zutreffenden Belastungsgrenze.**
- \* direkt durch den LWL auf mein Konto überwiesen.  
Der LWL wird daher die Kürzung meines Barbetrages veranlassen.

\_\_\_\_\_  
\* bitte zutreffendes ankreuzen

Dies sind die Daten meiner Krankenkasse:

\_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Ort der Geschäftsstelle

\_\_\_\_\_  
Anschrift der Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Versicherten-Nummer  
(siehe Krankenversichertenkarte)

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben in diesem Antrag mit meiner Unterschrift. Mir ist bekannt, dass eine Bearbeitung beim LWL nur erfolgen kann, wenn die Einrichtung, in der ich betreut werde, Kenntnis von diesem Antrag erhält und diese Kenntnis ebenfalls durch Unterschrift bestätigt (siehe unten).

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der antragstellenden Person

\_\_\_\_\_  
gffs. Unterschrift des rechtlichen Betreuers

**Der nachfolgende Teil ist von der betreuenden Einrichtung  
und nicht von der antragstellenden Person auszufüllen.**

#### **Bestätigung der Einrichtung, in der die antragstellende Person betreut wird**

Es wird bestätigt, dass die antragstellende Person in der hiesigen Einrichtung betreut wird. Die Kostenübernahme erfolgt im Rahmen der Sozialhilfe durch den LWL.

- \* Von der Beantragung eines Darlehen für Zuzahlungen haben wir Kenntnis genommen und bestätigen durch Unterschrift,
- dass der Barbetrag entsprechend der Angaben im Darlehensantrag von uns gekürzt wird,
  - dass die Kürzung den Regelungen des LWL (jeweils aktuelles Rundschreiben) zur Tilgung von Darlehen wegen Zuzahlungen entspricht und
  - dass dem LWL nur der entsprechend gekürzte Barbetrag in Rechnung gestellt wird.
- \* Von der Beantragung eines Darlehens für Zuzahlungen haben wir Kenntnis genommen. Der Barbetrag wird nicht durch uns an die Bewohnerin/den Bewohner ausgezahlt sondern direkt durch den LWL.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Vertr. der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
Stempel der Einrichtung

\_\_\_\_\_  
\* bitte zutreffendes ankreuzen