



Duisburg

**Seniorenberatung und  
Pflegeplatzvermittlung Duisburg**

Seniorenzentrum Karl-Jarres-Straße  
Karl-Jarres-Straße 100-104  
47053 Duisburg  
Tel.: 0203 3095-432  
Fax: 0203 6006-367  
[seniorenberatung@awo-duisburg.de](mailto:seniorenberatung@awo-duisburg.de)  
[www.awocura.de](http://www.awocura.de)  
[www.awo-seniorendienste-nr.de](http://www.awo-seniorendienste-nr.de)

## Anmeldung für einen Heimplatz

Vielen Dank, dass Sie sich für einen Heimplatz in einem der insgesamt sieben Seniorenzentren der AWO in Duisburg interessieren.

Für die Anmeldung sind verschiedene Daten von Ihnen/Ihrem Angehörigen/Ihrem Betreuten wichtig, und wir bitten Sie um folgende Unterlagen:

- Anmeldung zum Heimeinzug (siehe Anlage)
- Ärztlicher Fragebogen oder Pflegeüberleitung des Krankenhauses
- Impfnachweis gegen SARS-CoV-2 oder Genesenennachweis
- Kopie der Pflegegradeinordnung des Medizinischen Dienstes Ihrer Krankenkasse
- Kopie der letzten Rentenbescheide, ggfs. Vermögensnachweis
- Ggfs. Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung / Bestellungsurkunde eines Betreuers
- Prüfung der Übernahme der Heimkosten durch das Sozialamt, falls das eigene Einkommen nicht zur Deckung der Kosten ausreicht

Sie finden in der Anlage außerdem eine Übersicht über die Heimkosten, die – je nach Pflegegrad und Einrichtung – beim Einzug entstehen werden.

Bitte geben Sie Ihre Anmeldung mit den vollständigen Anlagen am besten per E-Mail oder per Post zurück an:

Seniorenberatung und Pflegevermittlung der AWO in Duisburg  
Karl-Jarres-Straße 100-104, 47053 Duisburg

Sollten Sie Fragen haben, ist das Team der Seniorenberatung und Pflegevermittlung für Sie da! **Petra Lattenkamp** oder **Nicole Münster** beraten Sie gern und ausführlich zu all Ihren Fragen und begleiten Sie über die behördlichen Schritte und Anträge bis zum endgültigen Einzug.

Wählen Sie **0203 3095-432**  
oder schreiben Sie eine E-Mail an [seniorenberatung@awo-duisburg.de](mailto:seniorenberatung@awo-duisburg.de)

[www.awocura.de](http://www.awocura.de)  
[www.awo-seniorendienste-nr.de](http://www.awo-seniorendienste-nr.de)

Name der Einrichtung

## Anmeldung

Auf Dauer

Kurzzeitpflege

Tagespflege

gewünschte Wohnform: Einzelzimmer

Doppelzimmer

gewünschter Zeitpunkt:

\_\_\_\_\_

### 01. Personalien

Familienname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

### 02. Anschrift

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### 03. Derzeitiger Aufenthalt (z. B. Krankenhaus)

\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### 04. Amtsrichterliche Betreuung

besteht seit \_\_\_\_\_ ist beantragt am \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Aufgabenkreise: Vermögenssorge

Aufenthalt

Gesundheit

Sonstige

*Bitte Kopie der Betreuungsurkunde beifügen*

## 05. Vollmachten

Vorsorgevollmacht  Patientenverfügung   
Generalvollmacht/ Notar  Sonstige Vollmacht \_\_\_\_\_

*Bitte Kopie beifügen*

Vollmachtnehmer/Vollmachtnehmerin:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## 06. Angehörige

1. 2. 3.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Wie verwandt: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## 07. Mit wem soll der notwendige Schriftwechsel bzw. Kontakt geführt werden?

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

## 08. Ärztliche Versorgung durch

Name: \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

09. Der vom Arzt/der Ärztin ausgefüllte Fragebogen liegt bei:   
wird umgehend nachgereicht:

## 10. Krankenkasse/Pflegekasse

Name: \_\_\_\_\_ Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Pflegegrad laut Leistungsbescheid: 1  2  3  4  5

Es liegt kein Pflegegrad vor

Pflegegrad ist beantragt

## 11. Erklärung zur Finanzierung

Rentenhöhe: \_\_\_\_\_

Ehe-/Lebenspartner/in Rentenhöhe: \_\_\_\_\_

Vermögen/Sparguthaben: ja  Betrag: \_\_\_\_\_ nein

Haus/Grundbesitz/Eigentum: ja  \_\_\_\_\_ nein

Mieteinnahmen: ja  Betrag: \_\_\_\_\_ nein

Zahlungsverpflichtungen: ja  Betrag: \_\_\_\_\_ nein   
(z. B. Kredite, Hypotheken, Unterhaltszahlungen)

Kriegsopferfürsorge ja  Betrag: \_\_\_\_\_ nein

Beihilfeberechtigt ja  nein

Blindengeld ja  Betrag: \_\_\_\_\_ nein

Ein Kostenübernahmeantrag beim Sozialamt wurde/ wird gestellt:

am: \_\_\_\_\_

**Ein Einzug ist grundsätzlich nur mit Finanzierungszusicherung möglich.  
Wir beraten Sie gerne.**

## 12. Wie sind Sie auf die Senioren- und Pflegeberatung Duisburg aufmerksam geworden?

(Diese Angaben sind freiwillig.)

Freunde/Bekannte

Familie

Internet

Vorherige Kontakte mit der AWO-Duisburg

Presse

Sozialer Dienst eines Krankenhauses

Mitgliedschaft bei der AWO-Duisburg

Sonstiges:

---

Ort: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragsteller/in: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Betreuer/in: \_\_\_\_\_

Über den Eingang der Anmeldung erhalten Sie von uns keine Bestätigung.  
Ihre persönlichen Daten werden im Sinne der EU-DSGVO nur für eigene Zwecke gespeichert und verarbeitet:

#### **Hinweis zur Speicherung personenbezogener Daten gem. DSGVO Art. 12 ff.**

Gemäß Datenschutzgrundverordnung sind wir dazu verpflichtet, Sie über die Absicht der Speicherung und die Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten gem Art. 4 DSGVO und die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten gem. Art. 9 DSGVO zu unterrichten.

#### **Verantwortlich** für die Speicherung:

AWOcura gGmbH, Kühlenwall 8, 47051 Duisburg, E-Mail: datenschutz@awo-duisburg.de, Tel.: 0203 3095-548

#### **Datenschutzbeauftragter:**

Conceptec GmbH, Dipl.-Ing. Thorsten Werning, Zeppelinstraße 321, 45470 Mülheim an der Ruhr, Tel.: 0208 69609-0, E-Mail: info@conceptec.de

#### **Zweck** der Datenspeicherung:

Die digitale Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt im Rahmen unserer Beratungstätigkeit der Senioren- und Pflegeberatung. Durch die Aufnahme Ihrer Daten ist es möglich, Ihnen alle Angebote der ambulanten, teilstationären und stationären pflegerischen Versorgung zu vermitteln und Sie bei der Suche nach einem Pflegeplatz zu unterstützen. Weiterhin können wir für Sie mit verschiedenen Leistungsträgern in Kontakt treten, um Sie bei den Formalitäten zu entlasten.

#### **Empfänger** der Daten:

Ihre Daten sind ausschließlich von den Mitarbeitern unserer Senioren- und Pflegeberatung und den zuständigen Mitarbeitern der Seniorenzentren und der zentralen Abrechnungsstelle einzusehen. Eine Weiterleitung an Dritte (verschiedene Leistungsträger im Gesundheits- und Sozialwesen) erfolgt nur nach Ihrer Einwilligung.

#### **Weitergabe** an Drittländer:

Eine Weitergabe an Drittländer findet nicht statt.

#### **Dauer** der Speicherung:

Die personenbezogenen Daten werden für die Dauer des Beratungs- bzw. Vermittlungszeitraumes gespeichert. Für eventuelle Rückfragen nach der Heimaufnahme speichern wir Ihre Daten für einen Zeitraum von einem Jahr nach Heimeinzug. Danach werden Ihre Daten gelöscht.

Weiterhin möchten wir Sie auf Ihre **Rechte** im Sinne der DSGVO hinweisen:

Sie haben gem. Art. 15 DSGVO jederzeit ein Auskunftsrecht über die von Ihnen gespeicherten Daten. Die gespeicherten Daten werden auf Wunsch bei nicht korrekter Speicherung gem. Art 16 DSGVO berichtigt oder auf Wunsch gelöscht (Art. 17 DSGVO). Ebenfalls kann die Speicherung der Daten gem. Art. 18 eingeschränkt oder gem. Art. 21 DSGVO der Speicherung widersprochen werden. Jede Einwilligung zur Speicherung oder Verwendung personenbezogener Daten kann zu jedem Zeitpunkt zurückgezogen werden. Weiterhin haben Sie gem. Art. 20 DSGVO das Recht auf Datenübertragbarkeit. Sollten wir zusätzliche Informationen zu einer Person erhalten, so sind wir gem. Art. 14 DSGVO auch dazu verpflichtet, diese Quellen zu benennen. Sie haben als betroffene Person das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde des Landes NRW (Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, Tel.: 0211 38424-0, Fax: 0211 38424-10, E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de) zu beschweren. Sollten Sie sich gegen die Speicherung der benannten Daten aussprechen, ist es nicht möglich, Sie umfassend und angemessen über unsere Leistungen zu beraten und Sie bei der Suche einer optimalen pflegerischen Lösung zu unterstützen.

# FRAGEBOGEN ANLÄSSLICH DER ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ Wohnort	Name des Krankenhauses, falls z. Z. stationär

## Diagnosen:

---



---

Insulin-/Tablettenpflichtiger Diabetes mellitus  Antiepileptikatherapie  Antikoagulationstherapie

Allergien: \_\_\_\_\_ Implantate: \_\_\_\_\_

Adipositas:  Kg \_\_\_\_\_

KÖRPERPFLEGE	HILFEBEDARF TÄGLICH	ZEITWEISE	NEIN
Teilwaschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganzkörperwäsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund-/Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DARM-BLASENENTLEERUNG	HILFEBEDARF TÄGLICH	ZEITWEISE	NEIN
Benutzung von Hilfsmitteln (z. B. Toilettenstuhl, Urinflasche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege/Richten der Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>versorgt mit:</b>	<b>ja</b>		
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenzartikel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ERNÄHRUNG	HILFEBEDARF TÄGLICH	ZEITWEISE	NEIN
Mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelung der Flüssigkeitsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>benötigt:</b>	<b>ja</b>		
Sonden Ernährung	<input type="checkbox"/>		
Besondere Kostformen	<input type="checkbox"/>		

welche

MOBILITÄT	HILFEBEDARF TÄGLICH	ZEITWEISE	NEIN
Aufstehen aus <input type="checkbox"/> liegender <input type="checkbox"/> sitzender Position	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Körpergerechte Lagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel (Stock/Rollator/Sonstiges) _____			
Sturzgefährdet: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Immobilität: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Kontrakturen <input type="checkbox"/> Lokalisation _____			
Dekubitus <input type="checkbox"/> Lokalisation _____			

**Auffälligkeiten mit pflegerischem Interventionsbedarf in folgenden Bereichen:**

Sehvermögen <input type="checkbox"/>	Tag-/Nachtrhythmus <input type="checkbox"/>	Psychomotorische Unruhe <input type="checkbox"/>
Hörvermögen <input type="checkbox"/>	Kooperationsbereitschaft <input type="checkbox"/>	Selbst/Fremdgefährdung <input type="checkbox"/>
Sprachvermögen <input type="checkbox"/>	Tagesstrukturierung <input type="checkbox"/>	Weg/Hin-Lauftendenz <input type="checkbox"/>
Aggressives/abwehrendes Verhalten <input type="checkbox"/>	Ängste <input type="checkbox"/>	
<b>Desorientierung:</b> Zeitlich <input type="checkbox"/> Örtlich <input type="checkbox"/> Situativ <input type="checkbox"/> Zur Person <input type="checkbox"/>		

**Erläuterungen:**

**Sind freiheitsbeschränkende Maßnahmen erforderlich (z. B. Bettgitter)?**  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Sind Pflegeleistungen während der Nacht erforderlich?**  jede Nacht  zeitweise  nein

Welche und wie oft? \_\_\_\_\_

**Regelmäßige Behandlungspflege:** \_\_\_\_\_

Suchterkrankungen: Alkohol  Medikamente  Nikotin  sonstige \_\_\_\_\_

**Impfstatus gegen SARS-CoV-2:** Status unbekannt:

1. Impfung:  2. Impfung:  3. Impfung:  genesen:

Sind ansteckende Krankheiten bekannt (IFSG)  ja  nein

welche: \_\_\_\_\_

Sind MRGN (Multiresistente Erreger) nachgewiesen  ja  nein

welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift u. Stempel Hausarzt/Ärztin  
Unterschrift Klinikarzt/Ärztin (falls Patient/in z. Z. im Krankenhaus)



Duisburg

AWOcura gGmbH

AWO Seniorendienste Niederrhein gGmbH

Entgelte stationär ab 01.01.2023

Seniorenzentrum Ernst Ermert	Durchschnittsmonat (30,42 Tage)				
	1	2	3	4	5
<b>Pflegegrad</b>					
Pflegekosten	50,61	64,89	81,07	97,93	105,49
Umlage Pflegeberufegesetz	4,50	4,50	4,50	4,50	4,50
Unterkunft	22,81	22,81	22,81	22,81	22,81
Verpflegung	17,57	17,57	17,57	17,57	17,57
Investivkosten Einbettzimmer	21,08	21,08	21,08	21,08	21,08
<b>Gesamtkosten</b>	<b>116,57</b>	<b>130,85</b>	<b>147,03</b>	<b>163,89</b>	<b>171,45</b>
<b>Kosten pro Monat</b>	<b>3.546,06</b>	<b>3.980,46</b>	<b>4.472,65</b>	<b>4.985,53</b>	<b>5.215,51</b>
<b>monatlicher Zuschuss der Pflegekasse §43 SGBXI</b>	<b>-125,00</b>	<b>-770,00</b>	<b>-1.262,00</b>	<b>-1.775,00</b>	<b>-2.005,00</b>
<b>Zuschuss in den ersten 12 Monaten 5% §43c SGBXI</b>		<b>-67,05</b>	<b>-67,05</b>	<b>-67,05</b>	<b>-67,05</b>
<b>verbleibende Kosten</b>	<b>3.421,06</b>	<b>3.143,41</b>	<b>3.143,60</b>	<b>3.143,48</b>	<b>3.143,46</b>

Nach Einkommens-/Vermögenshöhe evtl. Anspruch auf max. 641,25 EUR Pflegewohngeld.

Wohndorf Laar	Durchschnittsmonat (30,42 Tage)				
	1	2	3	4	5
<b>Pflegegrad</b>					
Pflegekosten	50,61	64,89	81,07	97,93	105,49
Umlage Pflegeberufegesetz	4,55	4,55	4,55	4,55	4,55
Unterkunft	22,81	22,81	22,81	22,81	22,81
Verpflegung	17,57	17,57	17,57	17,57	17,57
Investivkosten Einbettzimmer	21,98	21,98	21,98	21,98	21,98
<b>Gesamtkosten</b>	<b>117,52</b>	<b>131,80</b>	<b>147,98</b>	<b>164,84</b>	<b>172,40</b>
<b>Kosten pro Monat</b>	<b>3.574,96</b>	<b>4.009,36</b>	<b>4.501,55</b>	<b>5.014,43</b>	<b>5.244,41</b>
<b>monatlicher Zuschuss der Pflegekasse</b>	<b>-125,00</b>	<b>-770,00</b>	<b>-1.262,00</b>	<b>-1.775,00</b>	<b>-2.005,00</b>
<b>Zuschuss in den ersten 12 Monaten 5% §43c SGBXI</b>		<b>-67,12</b>	<b>-67,12</b>	<b>-67,12</b>	<b>-67,12</b>
<b>verbleibende Kosten</b>	<b>3.449,96</b>	<b>3.172,24</b>	<b>3.172,43</b>	<b>3.172,31</b>	<b>3.172,29</b>

Nach Einkommens-/Vermögenshöhe evtl. Anspruch auf max. 668,63 EUR Pflegewohngeld.

Seniorenzentrum Lene Reklat	Durchschnittsmonat (30,42 Tage)				
	1	2	3	4	5
<b>Pflegegrad</b>					
Pflegekosten	50,61	64,89	81,07	97,93	105,49
Umlage Pflegeberufegesetz	4,86	4,86	4,86	4,86	4,86
Unterkunft	22,81	22,81	22,81	22,81	22,81
Verpflegung	17,57	17,57	17,57	17,57	17,57
Investivkosten Einbettzimmer	21,33	21,33	21,33	21,33	21,33
<b>Gesamtkosten</b>	<b>117,18</b>	<b>131,46</b>	<b>147,64</b>	<b>164,50</b>	<b>172,06</b>
<b>Kosten pro Monat</b>	<b>3.564,62</b>	<b>3.999,01</b>	<b>4.491,21</b>	<b>5.004,09</b>	<b>5.234,07</b>
<b>monatlicher Zuschuss der Pflegekasse</b>	<b>-125,00</b>	<b>-770,00</b>	<b>-1.262,00</b>	<b>-1.775,00</b>	<b>-2.005,00</b>
<b>Zuschuss in den ersten 12 Monaten 5% §43c SGBXI</b>		<b>-67,59</b>	<b>-67,59</b>	<b>-67,59</b>	<b>-67,59</b>
<b>verbleibende Kosten</b>	<b>3.439,62</b>	<b>3.161,42</b>	<b>3.161,62</b>	<b>3.161,50</b>	<b>3.161,48</b>

Nach Einkommens-/Vermögenshöhe evtl. Anspruch auf max. 648,86 EUR Pflegewohngeld.



Entgelte stationär ab 01.01.2023

Seniorenzentrum Vierlinden	Durchschnittsmonat (30,42 Tage)				
	1	2	3	4	5
<b>Pflegegrad</b>					
Pflegekosten	50,61	64,89	81,07	97,93	105,49
Umlage Pflegeberufegesetz	5,29	5,29	5,29	5,29	5,29
Unterkunft	22,81	22,81	22,81	22,81	22,81
Verpflegung	17,57	17,57	17,57	17,57	17,57
Investivkosten Einbettzimmer*	16,68	16,68	16,68	16,68	16,68
<b>Gesamtkosten</b>	<b>112,96</b>	<b>127,24</b>	<b>143,42</b>	<b>160,28</b>	<b>167,84</b>
<b>Kosten pro Monat</b>	<b>3.436,24</b>	<b>3.870,64</b>	<b>4.362,84</b>	<b>4.875,72</b>	<b>5.105,69</b>
<b>monatlicher Zuschuss der Pflegekasse</b>	<b>-125,00</b>	<b>-770,00</b>	<b>-1.262,00</b>	<b>-1.775,00</b>	<b>-2.005,00</b>
<b>Zuschuss in den ersten 12 Monaten 5% §43c SGBXI</b>		<b>-68,25</b>	<b>-68,25</b>	<b>-68,25</b>	<b>-68,25</b>
<b>verbleibende Kosten</b>	<b>3.311,24</b>	<b>3.032,39</b>	<b>3.032,59</b>	<b>3.032,47</b>	<b>3.032,44</b>

Nach Einkommens-/Vermögenshöhe evtl. Anspruch auf max. 507,41 EUR Pflegewohngeld.

Seniorenzentrum Im Schlenk	Durchschnittsmonat (30,42 Tage)				
	1	2	3	4	5
<b>Pflegegrad</b>					
Pflegekosten	50,61	64,89	81,07	97,93	105,49
Umlage Pflegeberufegesetz	4,77	4,77	4,77	4,77	4,77
Unterkunft	22,81	22,81	22,81	22,81	22,81
Verpflegung	17,57	17,57	17,57	17,57	17,57
Investivkosten Einbettzimmer*	19,09	19,09	19,09	19,09	19,09
<b>Gesamtkosten</b>	<b>114,85</b>	<b>129,13</b>	<b>145,31</b>	<b>162,17</b>	<b>169,73</b>
<b>Kosten pro Monat</b>	<b>3.493,74</b>	<b>3.928,13</b>	<b>4.420,33</b>	<b>4.933,21</b>	<b>5.163,19</b>
<b>monatlicher Zuschuss der Pflegekasse</b>	<b>-125,00</b>	<b>-770,00</b>	<b>-1.262,00</b>	<b>-1.775,00</b>	<b>-2.005,00</b>
<b>Zuschuss in den ersten 12 Monaten 5% §43c SGBXI</b>		<b>-67,46</b>	<b>-67,46</b>	<b>-67,46</b>	<b>-67,46</b>
<b>verbleibende Kosten</b>	<b>3.368,74</b>	<b>3.090,67</b>	<b>3.090,87</b>	<b>3.090,75</b>	<b>3.090,73</b>

Nach Einkommens-/Vermögenshöhe evtl. Anspruch auf max. 580,72 EUR Pflegewohngeld.

Seniorenzentrum Innenhafen	Durchschnittsmonat (30,42 Tage)				
	1	2	3	4	5
<b>Pflegegrad</b>					
Pflegekosten	46,81	60,01	76,19	93,05	100,61
Umlage Pflegeberufegesetz	5,33	5,33	5,33	5,33	5,33
Unterkunft	20,79	20,79	20,79	20,79	20,79
Verpflegung	16,00	16,00	16,00	16,00	16,00
Investivkosten Einbettzimmer*	21,03	21,03	21,03	21,03	21,03
<b>Gesamtkosten</b>	<b>109,96</b>	<b>123,16</b>	<b>139,34</b>	<b>156,20</b>	<b>163,76</b>
<b>Kosten pro Monat</b>	<b>3.344,98</b>	<b>3.746,53</b>	<b>4.238,72</b>	<b>4.751,60</b>	<b>4.981,58</b>
<b>monatlicher Zuschuss der Pflegekasse</b>	<b>-125,00</b>	<b>-770,00</b>	<b>-1.262,00</b>	<b>-1.775,00</b>	<b>-2.005,00</b>
<b>Zuschuss in den ersten 12 Monaten 5% §43c SGBXI</b>		<b>-60,89</b>	<b>-60,89</b>	<b>-60,89</b>	<b>-60,89</b>
<b>verbleibende Kosten</b>	<b>3.219,98</b>	<b>2.915,64</b>	<b>2.915,83</b>	<b>2.915,71</b>	<b>2.915,69</b>

Nach Einkommens-/Vermögenshöhe evtl. Anspruch auf max. 639,73 EUR Pflegewohngeld.

**Entgelte stationär ab 01.01.2023**

Seniorenzentrum Karl-Jarres-Straße	Durchschnittsmonat (30,42 Tage)				
	1	2	3	4	5
<b>Pflegegrad</b>					
Pflegekosten	50,26	64,43	80,60	97,47	105,03
Umlage Pflegeberufegesetz	4,95	4,95	4,95	4,95	4,95
Unterkunft	20,71	20,71	20,71	20,71	20,71
Verpflegung	15,94	15,94	15,94	15,94	15,94
Investivkosten Einbettzimmer*	16,10	16,10	16,10	16,10	16,10
<b>Gesamtkosten</b>	<b>107,96</b>	<b>122,13</b>	<b>138,30</b>	<b>155,17</b>	<b>162,73</b>
<b>Kosten pro Monat</b>	<b>3.284,14</b>	<b>3.715,19</b>	<b>4.207,09</b>	<b>4.720,27</b>	<b>4.950,25</b>
<b>monatlicher Zuschuss der Pflegekasse</b>	<b>-125,00</b>	<b>-770,00</b>	<b>-1.262,00</b>	<b>-1.775,00</b>	<b>-2.005,00</b>
<b>Zuschuss in den ersten 12 Monaten 5% §43c SGB XI</b>		<b>-67,03</b>	<b>-67,03</b>	<b>-67,03</b>	<b>-67,03</b>
<b>verbleibende Kosten</b>	<b>3.159,14</b>	<b>2.878,16</b>	<b>2.878,06</b>	<b>2.878,24</b>	<b>2.878,22</b>

Nach Einkommens-/Vermögenshöhe evtl. Anspruch auf max. 489,76 EUR Pflegegeld.

\* Die Investivkostensätze werden sich zum 01.01.2023 erhöhen.  
Ein entsprechender Bescheid liegt uns noch nicht vor

**Leistungszuschuss gemäß § 43c SGB XI**

Alle Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen mit mindestens Pflegegrad 2 erhalten Zuschläge der Pflegeversicherung zu ihrem pflegebedingten Eigenanteil.

Die Höhe des Zuschlags ist abhängig von der Dauer des bisherigen Aufenthalts in einem Pflegeheim.

- Bei bis zu 12 Monaten 5 Prozent
- Bei 13 bis 24 Monaten 25 Prozent
- Bei 25 bis 36 Monaten 45 Prozent
- Ab 37 Monaten 70 Prozent