



Duisburg

**Zentrale Pflegeplatzvermittlung**

Friedrich-Wilhelm-Straße 47

47051 Duisburg

Tel.: 0203 3095-5570

Fax: 0203 3095-5573

seniorenberatung@awo-duisburg.de

awo-duisburg.de

awo-seniorendienste-nr.de

**Schritte auf dem Weg in Ihr neues Zuhause:  
willkommen bei der AWO in Duisburg!**

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
- 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 eine Übersicht über die Heimkosten, die – je nach Pflegegrad und Einrichtung – beim Einzug entstehen werden. Bei Abschluss eines Wohn- und Betreuungsvertrages in den Einrichtungen der AWOcura ist eine Rentenüberleitung obligatorisch.

Bitte senden Sie Ihre Anmeldung inklusive der Anlagen (PDF-Format) per E-Mail zurück oder per Post.

Sollten Sie Fragen haben, sind wir Sie da, beraten Sie gern und ausführlich zu all Ihren Fragen und begleiten Sie über die behördlichen Schritte und Anträge bis zum endgültigen Einzug.

Ihr Team der AWO-Pflegeplatzvermittlung

Petra Lattenkamp und Nicole Münster





Name der Einrichtung

.

## Anmeldung

Auf Dauer

Kurzzeitpflege

AWO Mitglied

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.

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: \_\_\_\_\_

## 10. Krankenkasse/Pflegekasse

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

Pflegegrad laut Leistungsbescheid: 1  2  3  4  5

Es liegt kein Pflegegrad vor

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

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

Beihilfeberechtigt ja  nein

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

Ein Einzug ist grundsätzlich nur mit Finanzierungsklärung möglich.

Bei Abschluss eines Wohn- und Betreuungsvertrages in den Einrichtungen der AWOCura ist eine Rentenüberleitung obligatorisch.

Wir beraten Sie gerne.

Ort, Datum:

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

Unterschrift Betreuer/in, Bevollmächtigte/r \_\_\_\_\_

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 Verarbeitung 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, Pulverweg 12, 47051 Duisburg, E-Mail: [datenschutz@awo-duisburg.de](mailto:datenschutz@awo-duisburg.de), Tel.: 0203 3095-0*

### **Datenschutzbeauftragter:**

*Conceptec GmbH, Dipl.-Ing. Thorsten Werning, Bleichstraße 5, 45468 Mülheim an der Ruhr, Tel.: 0208 69609-0, E-Mail: [info@conceptec.de](mailto: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](mailto:poststelle@ldi.nrw.de)) zu beschweren.*

### **Information über Ihr Widerspruchsrecht nach Art. 21 DSGVO**

Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten, die aufgrund von Art. 6 erfolgt, Widerspruch einzulegen. Wenn Sie Widerspruch einlegen, werden wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeiten, es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

# FRAGEBOGEN ANLÄSSLICH DER ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

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

## Diagnosen

---



---

Insulin-/Tablettenpflichtiger Diabetes mellitus  
 Antiepileptika Therapie  
 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. Toilettensstuhl, 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"/> sitzender Position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> liegender	<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:  ja  nein  
 Immobilität:  ja  nein

Kontrakturen  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 \_\_\_\_\_

**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)



Entgelte stationär Stand 01.01.2025

Seniorenzentrum Ernst Ermert	Durchschnittsmonat (30,42 Tage)				
	1	2	3	4	5
<b>Pflegegrad</b>					
Pflegekosten	68,34	87,62	104,52	122,14	130,06
Umlage Pflegeberufegesetz	4,96	4,96	4,96	4,96	4,96
Unterkunft	25,93	25,93	25,93	25,93	25,93
Verpflegung	19,96	19,96	19,96	19,96	19,96
Investivkosten Einbettzimmer	22,67	22,67	22,67	22,67	22,67
<b>Gesamtkosten</b>	<b>141,86</b>	<b>161,14</b>	<b>178,04</b>	<b>195,66</b>	<b>203,58</b>
<b>Kosten pro Monat</b>	<b>4.315,38</b>	<b>4.901,88</b>	<b>5.415,98</b>	<b>5.951,98</b>	<b>6.192,90</b>
<b>monatlicher Zuschuss der Pflegekasse §43 SGBXI</b>	<b>-131,00</b>	<b>-805,00</b>	<b>-1.319,00</b>	<b>-1.855,00</b>	<b>-2.096,00</b>
<b>Zuschuss in den ersten 12 Monaten 15% §43c SGBXI</b>		<b>-301,70</b>	<b>-301,70</b>	<b>-301,70</b>	<b>-301,70</b>
<b>verbleibende Kosten</b>	<b>4.184,38</b>	<b>3.795,18</b>	<b>3.795,28</b>	<b>3.795,28</b>	<b>3.795,20</b>

Nach Einkommens-/Vermögenshöhe evtl. Anspruch auf max. 689,62 EUR Pflegewohngeld.

Seniorenzentrum Lene Reklat	Durchschnittsmonat (30,42 Tage)				
	1	2	3	4	5
<b>Pflegegrad</b>					
Pflegekosten	68,34	87,62	104,52	122,14	130,06
Umlage Pflegeberufegesetz	4,96	4,96	4,96	4,96	4,96
Unterkunft	25,93	25,93	25,93	25,93	25,93
Verpflegung	19,96	19,96	19,96	19,96	19,96
Investivkosten Einbettzimmer	22,65	22,65	22,65	22,65	22,65
<b>Gesamtkosten</b>	<b>141,84</b>	<b>161,12</b>	<b>178,02</b>	<b>195,64</b>	<b>203,56</b>
<b>Kosten pro Monat</b>	<b>4.314,77</b>	<b>4.901,27</b>	<b>5.415,37</b>	<b>5.951,37</b>	<b>6.192,30</b>
<b>monatlicher Zuschuss der Pflegekasse</b>	<b>-131,00</b>	<b>-805,00</b>	<b>-1.319,00</b>	<b>-1.855,00</b>	<b>-2.096,00</b>
<b>Zuschuss in den ersten 12 Monaten 15% §43c SGBXI</b>		<b>-301,70</b>	<b>-301,70</b>	<b>-301,70</b>	<b>-301,70</b>
<b>verbleibende Kosten</b>	<b>4.183,77</b>	<b>3.794,57</b>	<b>3.794,67</b>	<b>3.794,67</b>	<b>3.794,60</b>

Nach Einkommens-/Vermögenshöhe evtl. Anspruch auf max. 689,01 EUR Pflegewohngeld.

Seniorenzentrum Vierlinden	Durchschnittsmonat (30,42 Tage)				
	1	2	3	4	5
<b>Pflegegrad</b>					
Pflegekosten	68,34	87,62	104,52	122,14	130,06
Umlage Pflegeberufegesetz	4,96	4,96	4,96	4,96	4,96
Unterkunft	25,93	25,93	25,93	25,93	25,93
Verpflegung	19,96	19,96	19,96	19,96	19,96
Investivkosten Einbettzimmer	21,57	21,57	21,57	21,57	21,57
<b>Gesamtkosten</b>	<b>140,76</b>	<b>160,04</b>	<b>176,94</b>	<b>194,56</b>	<b>202,48</b>
<b>Kosten pro Monat</b>	<b>4.281,92</b>	<b>4.868,42</b>	<b>5.382,51</b>	<b>5.918,52</b>	<b>6.159,44</b>
<b>monatlicher Zuschuss der Pflegekasse</b>	<b>-131,00</b>	<b>-805,00</b>	<b>-1.319,00</b>	<b>-1.855,00</b>	<b>-2.096,00</b>
<b>Zuschuss in den ersten 12 Monaten 15% §43c SGBXI</b>		<b>-301,70</b>	<b>-301,70</b>	<b>-301,70</b>	<b>-301,70</b>
<b>verbleibende Kosten</b>	<b>4.150,92</b>	<b>3.761,72</b>	<b>3.761,81</b>	<b>3.761,82</b>	<b>3.761,74</b>

Nach Einkommens-/Vermögenshöhe evtl. Anspruch auf max. 656,16 EUR Pflegewohngeld.

Seniorenzentrum Im Schlenk	Durchschnittsmonat (30,42 Tage)				
	1	2	3	4	5
<b>Pflegegrad</b>					
Pflegekosten	68,34	87,62	104,52	122,14	130,06
Umlage Pflegeberufegesetz	4,96	4,96	4,96	4,96	4,96
Unterkunft	25,93	25,93	25,93	25,93	25,93
Verpflegung	19,96	19,96	19,96	19,96	19,96
Investivkosten Einbettzimmer	22,38	22,38	22,38	22,38	22,38
<b>Gesamtkosten</b>	<b>141,57</b>	<b>160,85</b>	<b>177,75</b>	<b>195,37</b>	<b>203,29</b>
<b>Kosten pro Monat</b>	<b>4.306,56</b>	<b>4.893,06</b>	<b>5.407,16</b>	<b>5.943,16</b>	<b>6.184,08</b>
<b>monatlicher Zuschuss der Pflegekasse</b>	<b>-131,00</b>	<b>-805,00</b>	<b>-1.319,00</b>	<b>-1.855,00</b>	<b>-2.096,00</b>
<b>Zuschuss in den ersten 12 Monaten 15% §43c SGBXI</b>		<b>-301,70</b>	<b>-301,70</b>	<b>-301,70</b>	<b>-301,70</b>
<b>verbleibende Kosten</b>	<b>4.175,56</b>	<b>3.786,36</b>	<b>3.786,46</b>	<b>3.786,46</b>	<b>3.786,38</b>

Nach Einkommens-/Vermögenshöhe evtl. Anspruch auf max. 680,80 EUR Pflegewohngeld.

#### Entgelte stationär Stand 01.01.2025

AWO Seniorendienste Niederrhein gGmbH

Seniorenzentrum Innenhafen	Durchschnittsmonat (30,42 Tage)				
	1	2	3	4	5
<b>Pflegegrad</b>					
Pflegekosten	57,62	73,87	90,77	108,39	116,31
Umlage Pflegeberufegesetz	4,96	4,96	4,96	4,96	4,96
Unterkunft	24,19	24,19	24,19	24,19	24,19
Verpflegung	18,62	18,62	18,62	18,62	18,62
Investivkosten Einbettzimmer	23,65	23,65	23,65	23,65	23,65
<b>Gesamtkosten</b>	<b>129,04</b>	<b>145,29</b>	<b>162,19</b>	<b>179,81</b>	<b>187,73</b>
<b>Kosten pro Monat</b>	<b>3.925,40</b>	<b>4.419,72</b>	<b>4.933,82</b>	<b>5.469,82</b>	<b>5.710,75</b>
<b>monatlicher Zuschuss der Pflegekasse</b>	<b>-131,00</b>	<b>-805,00</b>	<b>-1.319,00</b>	<b>-1.855,00</b>	<b>-2.096,00</b>
<b>Zuschuss in den ersten 12 Monaten 15% §43c SGBXI</b>		<b>-238,96</b>	<b>-238,96</b>	<b>-238,96</b>	<b>-238,96</b>
<b>verbleibende Kosten</b>	<b>3.794,40</b>	<b>3.375,76</b>	<b>3.375,86</b>	<b>3.375,86</b>	<b>3.375,79</b>

Nach Einkommens-/Vermögenshöhe evtl. Anspruch auf max. 719,43 EUR Pflegewohngeld.

Seniorenzentrum Karl-Jarres-Straße	Durchschnittsmonat (30,42 Tage)				
	1	2	3	4	5
<b>Pflegegrad</b>					
Pflegekosten	60,52	77,59	94,48	112,10	120,02
Umlage Pflegeberufegesetz	4,96	4,96	4,96	4,96	4,96
Unterkunft	24,30	24,30	24,30	24,30	24,30
Verpflegung	18,71	18,71	18,71	18,71	18,71
Investivkosten Einbettzimmer	19,36	19,36	19,36	19,36	19,36
<b>Gesamtkosten</b>	<b>127,85</b>	<b>144,92</b>	<b>161,81</b>	<b>179,43</b>	<b>187,35</b>
<b>Kosten pro Monat</b>	<b>3.889,20</b>	<b>4.408,47</b>	<b>4.922,26</b>	<b>5.458,26</b>	<b>5.699,19</b>
<b>monatlicher Zuschuss der Pflegekasse</b>	<b>-131,00</b>	<b>-805,00</b>	<b>-1.319,00</b>	<b>-1.855,00</b>	<b>-2.096,00</b>
<b>Zuschuss in den ersten 12 Monaten 15% §43c SGBXI</b>		<b>-255,90</b>	<b>-255,90</b>	<b>-255,90</b>	<b>-255,90</b>
<b>verbleibende Kosten</b>	<b>3.758,20</b>	<b>3.347,57</b>	<b>3.347,36</b>	<b>3.347,36</b>	<b>3.347,29</b>

Nach Einkommens-/Vermögenshöhe evtl. Anspruch auf max. 588,93 EUR Pflegewohngeld.

#### 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 15 Prozent

Bei 13 bis 24 Monaten 30 Prozent

Bei 25 bis 36 Monaten 50 Prozent

Ab 37 Monaten 75 Prozent