



# Anmeldung

Die Anmeldung bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben der gewünschten Einrichtung zukommen lassen.

## 1. Angebotsauswahl

Einrichtung / Ort: \_\_\_\_\_

Dauerpflege       Kurzzeitpflegeplatz       Heimgelbndenes Wohnen       Hospiz

Einzugsdatum: \_\_\_\_\_ Kurzzeitpflege bis: \_\_\_\_\_

Tagespflege       ganztags       vormittags       nachmittags

Ab: \_\_\_\_\_  Mo  Di  Mi  Do  Fr

Externe       Stellplatz       Raummiete       Essenslieferung

Ab: \_\_\_\_\_  offener Mittagstisch       \_\_\_\_\_

## 2. Angaben zur Person

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr.: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

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

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

## 3. Angehörige / Vertrauensperson / Ansprechpartner

3.1. Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ geschäftl.: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Bezug zum Bewerber:  Ehegatte       Sohn/Tochter       Betreuer       Anderer: \_\_\_\_\_

3.2. Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ geschäftl.: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Bezug zum Bewerber:  Ehegatte  Sohn/Tochter  Betreuer  Anderer: \_\_\_\_\_

#### 4. Rechtliche Vertretung

Falls ein Betreuer oder Bevollmächtigter vorhanden ist bitte eine KOPIE der Betreuungsurkunde / Vollmacht beilegen.

##### 4.1. Aufgabenbereiche:

- Generalvollmacht
- Vermögenssorge
- Gesundheitsfürsorge
- Aufenthaltsbestimmung
- Freiheitsentziehende Maßnahme
- Postvollmacht
- \_\_\_\_\_

##### 4.2. Anschrift des Betreuers oder Bevollmächtigten:

- Person aus 3.1.  Person aus 3.2.
- folgende Person:
- Name: \_\_\_\_\_
- Vorname: \_\_\_\_\_
- Straße: \_\_\_\_\_
- PLZ/Ort: \_\_\_\_\_
- Telefon: \_\_\_\_\_

#### 5. Aufbringung der Heimkosten

Pflegegrad (bitte Bescheid beilegen):  0  1  2  3  4  5 seit: \_\_\_\_\_  
 Antrag wurde gestellt am: \_\_\_\_\_

Kranken-/Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

(Bitte fügen Sie eine Kopie Ihrer Krankenkassenkarte bei)

##### Finanzierung des Aufenthaltes durch:

- Pflegekasse  Eigenmittel  Beihilfe  Sozialhilfe

zuständiges Sozialamt (Kostenträger): \_\_\_\_\_

#### 6. Rechnungsempfänger / Zahlungsart

6.1. Rechnungsempfänger	6.2. Zahlungsmodalität
<input type="checkbox"/> Angemeldeter selbst	<input type="checkbox"/> per Überweisung
<input type="checkbox"/> Person aus 3.2.	<input type="checkbox"/> per Bankeinzug
<input type="checkbox"/> Person aus 3.1.	
<input type="checkbox"/> Person aus 4.2.	

## 7. Sonstiges

<b>7.1. Herkunft:</b> (woher kommt der Bewohner)	<b>7.2. Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden:</b>
<input type="checkbox"/> von Zuhause	<input type="checkbox"/> wohnortnah
<input type="checkbox"/> andere stationäre Einrichtung	<input type="checkbox"/> Empfehlung durch Bekannte
<input type="checkbox"/> Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Internet
<input type="checkbox"/> Wohnanlage / Heimgebundene Wohnungen	<input type="checkbox"/> Infobroschüre
	<input type="checkbox"/> Sozialdienst/Krankenhaus
	<input type="checkbox"/> ambulanter Pflegedienst
	<input type="checkbox"/> Pflegestützpunkt

<b>7.3. Sonstige Unterlagen:</b>		
Rezeptgebührenbefreiung/Befreiungsausweis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	[bitte Kopie beilegen]
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	[bitte Kopie beilegen]
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	[bitte Kopie beilegen]

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Von der Verwaltung auszufüllen:

<b>Bei stationärer Pflege / Kurzzeitpflege:</b>	
Wohnbereich: _____	
Zimmernummer.: _____	Zimmerkategorie: <input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/> DZ
Ggfs. Zusatzangaben: <input type="checkbox"/> Altbau <input type="checkbox"/> ohne Nasszelle <input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> Wäschekennzeichnung (82,00 €) berechnen	
Bemerkungen: _____	

<b>Bei HGW:</b>		
Wohnungsnummer: _____	<input type="checkbox"/> 2. Person zieht mit ein	
Höhe der Miete: _____	Höhe Mietnebenkosten: _____	
<input type="checkbox"/> Betreuungspauschale	<input type="checkbox"/> Hausmeisterpauschale	<input type="checkbox"/> Müllpauschale
<input type="checkbox"/> Telefonpauschale	<input type="checkbox"/> Wäschepauschale	<input type="checkbox"/> Reinigungspauschale