



Anmeldung

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

1. Angebotsauswahl

Einrichtung / Ort: _____

Dauerpflege Kurzzeitpflegeplatz Heimgelundenes Wohnen Hospiz

Einzugsdatum: _____ Kurzzeitpflege bis: _____

Wenn Kurzzeitpflege gewünscht ist, ist die folgende Mitteilung erforderlich:

Im aktuellen Kalenderjahr in Anspruch genommene Kurzzeit- /Verhinderungspflege

noch keine Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI / Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI

bereits Kurzzeit- / Verhinderungspflege in Anspruch genommen.

Tage _____ (Anzahl)

Euro _____ (Betrag)

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

7. Sonstiges

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

7.3. Sonstige Unterlagen:	
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:

Bei stationärer Pflege / Kurzzeitpflege:

Wohnbereich: _____

Zimmernummer.: _____ Zimmerkategorie: EZ DZ

Ggfs. Zusatzangaben: Altbau ohne Nasszelle _____

Wäschekennzeichnung (82,00 €) berechnen

Bemerkungen: _____

Bei HGW:

Wohnungsnummer: _____

2. Person zieht mit ein

Höhe der Miete: _____

Höhe Mietnebenkosten: _____

Betreuungspauschale

Hausmeisterpauschale

Müllpauschale

Telefonpauschale

Wäschepauschale

Reinigungspauschale