



Anmeldung zur Heimaufnahme

(Bitte beachten: Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden.)

<p>1 Angemeldete(r):</p> <p>Zuname, ggf. auch Geburtsname _____</p> <p>Vorname(n) _____</p> <p>Anschrift, Telefon, E-Mail:</p> <p>_____</p> <p>geboren am _____ in _____, Beruf _____</p> <p>Familienstand _____ Konfession _____ Staatsangehörigkeit _____</p>
<p>2 Zurzeit in Krankenhaus oder Heim? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name, Anschrift, Telefon:</p> <p>_____</p>
<p>3 Kinder <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; Name, Anschrift, Telefon, E-Mail:</p> <p>3.1 _____</p> <p>_____</p> <p>3.2 _____</p> <p>_____</p> <p>3.3 _____</p> <p>_____</p>
<p>4 Angehörige(r) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name, Anschrift, Telefon, E-Mail:</p> <p>4.1 _____</p> <p>_____</p> <p>4.2 _____</p> <p>_____</p>
<p>5 Bevollmächtigte(r) (von Angemeldetem/m ernannt) <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, Name, Anschrift, Telefon, E-Mail:</p> <p>5.1 _____</p> <p>_____</p> <p>5.2 _____</p> <p>_____</p>

bitte wenden!

6 Betreuer(in) (vom Amtsgericht bestellt) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Name, Anschrift, Tel., E-Mail: _____ _____
7 Krankenkasse, Name, Anschrift, Telefon: _____ _____ Versicherungs-Nr. _____ Pflegegrad _____ Versicherungsverhältnis <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt
8 Hausarzt, Name, Anschrift, Telefon: _____ _____
9 Die Heimkosten werden aufgebracht <input type="checkbox"/> aus laufenden Einnahmen <input type="checkbox"/> aus laufenden Einnahmen und Barvermögen <input type="checkbox"/> vom zuständigen Sozialamt in _____
10 Gewünschte Unterbringung <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> Einzelzimmer ab _____
11 Wer stellt diesen Antrag? <input type="checkbox"/> Angemeldete(r) <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte(r) <input type="checkbox"/> Betreuer(in)
12 Aus welchem Grund wird die Heimaufnahme gewünscht? _____ _____ _____

_____, den _____

(Unterschrift des Antragstellers)