

Anmeldung Heimaufnahme / Kurzzeitpflege

Heimaufnahme



ab: _____
Datum

Kurzzeitpflege



vom: _____ bis: _____
Datum Datum Datum

Persönliche Daten:

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____

geboren am: _____ in: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Beruf: _____

Adresse:

Straße: _____

PLZ / Ort: _____ / _____

Telefon: _____ Handy: _____

Betreuer / Bevollmächtigter:

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____ / _____

Vollmacht / Betreuungsausweis /
Datum _____ / _____ / _____

Amtsgericht: _____ | Geschäftszeichen: _____

Derzeitiger Aufenthalt:

Anspruch auf Beihilfe:

ja nein

Krankenkasse:

privat versichert
 gesetzlich versichert

Name der Krankenkasse: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____ / _____

Mitglieds-Nr.: _____

Hausarzt:

Name des Hausarztes: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____ / _____

Angehörige:

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____ / _____

Telefon: _____ Handy: _____

wie verwandt: _____

weitere Angehörige:

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____ / _____

Telefon: _____ Handy: _____

wie verwandt: _____

Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand):
(Freiwillige Angaben)

€ _____

Die Heimkosten sollen entrichtet werden aus:

- dem oben aufgeführten monatlichen Einkommen
- durch Zuzahlungen aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben)
Bestand heute: _____ €

Sind Ansprüche aus Rentenleistungen an Dritte abgetreten oder gepfändet?

- ja nein



Wenn ja: an wen?

Besteht Vermögen, das zur Begleichung der Heimkosten herangezogen werden kann? (z. B. Immobilie, Grundstücke, andere Wertgegenstände)

- ja nein



Wenn ja: was?

Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt?

- ja nein



Wenn ja: welches Sozialamt / welche Fürsorgestelle ist zuständig?

Datum der Antragstellung:

Wird ein Antrag auf Pflegegrad gestellt?

- ja nein



Wenn ja:

wann wurde der Antrag gestellt? _____

wer hat den Antrag gestellt? _____

aus welchen Gründen wird die Heimaufnahme / Kurzzeitpflege gewünscht?

Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen
(evtl. frühere Aufenthalte in anderen Heimen):

Ist die Rechnungsanschrift von der des Leistungsempfängers abweichend?

ja

nein



Wenn ja:

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____ / _____

Hiermit bestätige ich, dass alle Angaben vollständig und nach bestem Wissen wahrheitsgetreu getätigt wurden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Antragstellers)

Wenn nicht Personengleichheit auch Unterschrift des
Aufzunehmenden (Ort/Datum)

(Unterschrift des Aufzunehmenden)