

## 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: \_\_\_\_\_

Steuerliche Identifikationsnummer  
(Steuer IdNr): \_\_\_\_\_

### *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)