

Sozialdaten	1. Name:			
	2. Vorname:			
	3. Geburtstag:		Geburtsort:	
	4. Familienstand:		letzte Eheschließung:	
	5. Kinder (u. Alter):			
	6. Angehörige:			
	wie verwandt?	Name, Vorname	Adresse	Telefon-Nr.
7. Staatsangehörigkeit		Konfession:		
8. Ausbildung:		Abschluss:		
9. zuletzt ausgeübter Beruf:				
Wohnsituation	10. Erstwohnsitz:			
	11. Zweitwohnsitz:			
	12. derzeitiger Aufenthalt:			
	Straße Hausnr.			
	PLZ			
	Wohnort			
Eingruppierung	13. Geplanter Leistungsbereich:			
		<input type="checkbox"/> Besondere Wohnform Eingliederungshilfe (SGB IX) <input type="checkbox"/> Wohnpflegeheim KoComo (SGB XI+)		
14. Pflegegrad:				
15. Leistungsgruppe:		<i>wenn bekannt</i>		

Klinik & Heimeinzug	16. Gründe für die Heimaufnahme:
	<hr/> <hr/> <hr/>
	17. Terminwunsch für den Einzug: <input type="text"/>
Vorgeschichte	18. derzeitiger Klinikaufenthalt bzw. Heimaufenthalt:
	Name <input type="text"/> Anschrift <input type="text"/>
	Aufnahmetag <input type="text"/> Aufnahmegrund <input type="text"/>
Betreuung	19. ggf. vorherige / bisherige / früherer Heimaufenthalt:
	<i>Wo? Wann? Grund des Einzugs? Grund des Auszugs? etc.</i>
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Betreuung	20. gesetzl. Betreuung
	Name <input type="text"/> Adresse <input type="text"/> Telefon-Nr. <input type="text"/>
	E-Mail <input type="text"/>
Aufgabenkreis: <input type="checkbox"/> Sorge für die Gesundheit <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Entscheidung über die Unterbringung & FBM <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Entgegennahme, Öffnen & Anhalten der Post <input type="checkbox"/> Rechts-, Antrags- & Behördenangelegenheiten <input type="checkbox"/> Vertretung ggü. Renten-, Pflege- & Krankenkassen; Heim- & Klinikleitungen	

Gesundheitsversorgung

21. Krankenkasse:

Mitgliedsnummer / Aktenzeichen: _____

Versicherungsverhältnis: _____

Wer zahlt die Beiträge? _____

22. Hausarzt:

Name	Adresse	Telefon-Nr.
_____	_____	_____
E-Mail	_____	
_____	_____	

Kosten

23. Monatliches Einkommen:

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag in €
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

24. Kostenträger:

Die Heimkosten werden aufgebracht durch:

- das oben aufgeführte Einkommen.
- Zuzahlungen aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben, ...)
 - Stand heute: _____
- Zuzahlungen von: _____
- das zuständige Sozialamt in: _____

Die Kostenverpflichtur liegt bei. folgt in den nächsten Tagen.

muss noch beantragt werden.

ist beantragt am: _____

25. Antragsteller:

- gesetzl. Betreuer (Adresse s. 20.)
- Angehöriger
- sonstige: _____

Adresse Name	Adresse	Telefon-Nr.
_____	_____	_____
E-Mail	_____	

Diese Anmeldung ist - bis auf Widerruf - verbindlich. Alle Angaben sind wahrheitsgemäß.

Unterschrift Antragsteller: _____